Stiftung Männergesundheit (Hg.)

# Sexualität von Männern

## Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht



Psychosozial-Verlag

Stiftung Männergesundheit (Hg.)
Sexualität von Männern

Forschung Psychosozial

Stiftung Männergesundheit (Hg.)

# Sexualität von Männern

## Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht

Mit Beiträgen von Aisha-Nusrat Ahmad,
Sabine Andresen, Doris Bardehle, Klaus M. Beier, Jens Borchert,
Martin Dinges, Nicola Döring, Anja Drews, Talke Flörcken,
Annette Güldenring, Farid Hashemi, Michael Hettich, Michaela Katzer,
Torsten Kettritz, Theodor Klotz, Bernhard Könnecke, Tillmann H. C. Krüger,
Phil C. Langer, Torsten Linke, Kirstin Linnemann, Michael J. Mathers,
Carl-Philipp Meyer, Gunter Neubauer, Jorge Ponseti, Thomas V. Rieske,
Arn Th. Sauer, Boris Schiffer, Katinka Schweizer, Kurt Seikowski,
Udo Sierck, Kurt Starke, Matthias Stiehler, Heino Stöver, Harald Stumpe,
Stefan Timmermanns, Elisabeth Tuider, Heinz-Jürgen Voß, Henrik Walter,
Martin Walter und Reinhard Winter

Psychosozial-Verlag

Die Open-Access-Publikation wurde durch eine Förderung des
Bundesministerium für Bildung und Forschung ermöglicht.





Herausgeber:
Stiftung Männergesundheit
Claire-Waldoff-Str. 3, D-10117 Berlin
www.stiftung-maennergesundheit.de
In Kooperation mit der Hochschule Merseburg
Institut für Angewandte Sexualwissenschaft
Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur
Eberhard-Leibniz-Str. 2, D–06127 Merseburg

Edition und Review:
OMR Prof. Dr. med. Doris Bardehle – Stiftung Männergesundheit
Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß – Hochschule Merseburg
Prof. Dr. med. Theodor Klotz – Stiftung Männergesundheit
Bettina Staudenmeyer, M. A. – Hochschule Merseburg
Redaktion: Dr. Annette Czempiel
Lektorat: Julian Marx

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Umschlaggestaltung und Innenlayout: Hanspeter Ludwig,Wetzlar, www.imaginary-world.de
Satz: metiTEC-Software, me-ti GmbH, Berlin
ISBN 978-3-8379-2683-5 (Print)
ISBN 978-3-8379-7303-7 (E-Book-PDF)
ISSN 2367-2420 (Print)
https://doi.org/10.30820/9783837973037

# Inhalt

# Geleitwort

## National and international significance of the *Sexuality of Men – Men's Health Report*

Men's sexual health is too often seen as being just about HIV, syphilis, chlamydia or other sexually transmitted infections. The definition is sometimes broadened to include problems like erectile dysfunction and premature ejaculation. These issues are, of course, extremely important and deserve much more attention.

But the authors of this unique, timely and authoritative report are to be congratulated for adopting a much more comprehensive view of sexual health. As they rightly demonstrate, sexual health for men is about well-being as well as diseases, it is an issue across the lifespan and for men of all sexualities, and is inextricably linked to male gender roles and norms. It is particularly heartening to see that the sexual health of older men, disabled men and transsexual men are covered in the report as these are prominent among the groups of men too often overlooked.

This report is significant for the development of men's health work in Germany but also in Europe and much more widely.

Men's health researchers, practitioners and advocates around the world should both learn from it and seek to replicate it in their own countries.

## Die nationale und internationale Bedeutung des *Männergesundheitsberichtes* zur *Sexualität von Männern*

Die sexuelle Gesundheit von Männern wird zu oft im Zusammenhang mit HIV, Syphilis, Chlamydien oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen gesehen. Die erweiterte Definition schließt Probleme wie erektile Dysfunktion und vorzeitige Ejakulation ein. Diese Fragen sind sehr wichtig und verdienen viel mehr Aufmerksamkeit.

Aber den Autor_innen dieses ersten, aktuellen und maßgeblichen Berichts ist für eine viel umfassendere Sicht der sexuellen Gesundheit zu gratulieren. Wie sie zu Recht zeigen, umfasst sexuelle Gesundheit von Männern Wohlbefinden und Krankheiten, sie ist ein Thema sowohl über die gesamte Lebensspanne als auch für Männer aller Sexualitäten und ist untrennbar mit männlichen Geschlechterrollen und -normen verknüpft. Es ist besonders ermutigend zu sehen, dass die sexuelle Gesundheit älterer, behinderter und transsexueller Männer in dem Bericht behandelt wird, da diese prominenten Gruppen von Männern zu oft übersehen werden.

Dieser Bericht ist für die Entwicklung der Männergesundheitsarbeit in Deutschland, aber auch in Europa und darüber hinaus von Bedeutung.

Männergesundheits-Forscher_innen, Praktiker_innen und Mitstreiter_innen auf der ganzen Welt sollten aus dem Bericht lernen und versuchen, ihn in ihren eigenen Ländern zu reproduzieren.

*Peter Baker, February 06, 2017*
*Director of Global Action on Men's Health*
*(www.gamh.org)*

# Vorwort

Die Stiftung Männergesundheit Berlin fördert seit ihrer Gründung im Jahr 2006 das Gesundheits- und Vorsorgebewusstsein von Männern. Wir entwickeln und unterstützen Vorsorgekampagnen, Früherkennungsprojekte sowie Forschungen zur Gesundheit des Mannes. Der *Erste Deutsche Männergesundheitsbericht* der Stiftung wurde im Jahr 2010 mit einer allgemeinen Übersicht über die gesundheitliche Lage von Männern publiziert. Der *Zweite Deutsche Männergesundheitsbericht* der Stiftung mit Fokus auf die »Psychische Gesundheit« wurde im Jahr 2013 publiziert.

Der nunmehr vorliegende *Dritte Deutsche Männergesundheitsbericht* widmet sich mit seinem Fokus auf die »Sexualität von Männern« einem bisher in unseren Männergesundheitsberichten wie auch in weiteren deutschen und internationalen Männergesundheitsberichten »marginalen Thema«. Um die vielfältigen Facetten männlicher Sexualität bei schwieriger »amtlicher« Datenlage abzudecken, suchte die Stiftung Männergesundheit nach einem Partner mit ausgewiesener Expertise auf dem Gebiet der Sexualität.

Durch die Kooperation mit Herrn Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß vom Institut für Angewandte Sexualwissenschaft der Hochschule Merseburg gelang diese Vernetzung. Die Hochschule Merseburg ist eine wichtige Institution im Bereich sexualwissenschaftlicher Forschung und Lehre, die auch den einzigen konsekutiven sexualwissenschaftlichen Studiengang im deutschsprachigen Raum anbietet.

Aufgrund einer engen Zusammenarbeit der Stiftung Männergesundheit und der Hochschule Merseburg konnten die sozialwissenschaftlichen und medizinischen Perspektiven im Themenfeld »Sexuelle Gesundheit« im Männergesundheitsbericht ertragreich zusammengeführt werden. Diese deutliche Verzahnung ist für die Betrachtung männlicher Sexualität erforderlich und soll Vorbild für die weitere Gesundheitsberichterstattung und die Sexualwissenschaft sein.

Die 31 Beiträge wurden von 40 Expertinnen und Experten verfasst. Auf amtliche Daten konnte nur an einigen Stellen zurückgegriffen werden, da die Datenlage zu männlicher Sexualität sehr lückenhaft ist. Herangezogen werden konnten Daten des Robert Koch-Instituts, des Statistischen Bundesamtes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Alle anderen Zahlenangaben sind Resultate von wissenschaftlicher Forschung und Literaturrecherchen.

Die Expertinnen und Experten haben facettenartig ihr Spezialwissen eingebracht, um einen ganzheitlichen Überblick über die Situation der Sexualität von Männern zu erzielen. Es finden sich deshalb innerhalb des Berichts verschiedene und teils auch konträre Perspektiven auf Sexualität. Die Inhalte der einzelnen Beiträge stimmen nicht immer mit den Sichtweisen des Herausgebers und der vier Editorinnen und Editoren überein.

Um die medizinische und sozialwissenschaftliche Sichtweise gegenseitig zu ergänzen, haben je zwei »medizinische« und zwei »sozialwissenschaftliche Reviewer« jeden Beitrag zweimal begutachtet. Es gab viele Anmerkungen zu den Beiträgen und dementsprechend auch viele Änderungen. In zwei Redaktionskonferenzen wurden inhaltliche Fragen, Ge-

staltung von Gliederungen und Bezeichnungen der Beiträge gründlich diskutiert. So haben wir mit allen Autorinnen und Autoren bezüglich der Handlungsempfehlungen und ihrer Struktur Diskussionen geführt. Die Handlungsempfehlungen sind umfangreich, weil wir mit der »Sexualität« und den sie betreffenden Belastungsfaktoren ein Gebiet analysiert haben, in dem es Nachhol- und Forschungsbedarf gibt und bessere Übersichten wie auch Anstrengungen in der gesundheitlichen Versorgung erforderlich sind.

Der Männergesundheitsbericht ist in die folgenden fünf Kapitel gegliedert:

- Kapitel 1: Männliches Geschlecht und Sexualität(en), historisch und aktuell
- Kapitel 2: Sexuelle Gesundheit im Lebenslauf
- Kapitel 3: Heterogene Männlichkeiten
- Kapitel 4: Medizinische Belastungsfaktoren für die männliche Sexualität
- Kapitel 5: Sexualität und Grenzen, Sexualstraftaten

Am Ende wird in einem Resümee ein Bogen über alle Beiträge gespannt und werden die Handlungsempfehlungen gebündelt.

Das Inhaltsverzeichnis wird in deutscher und englischer Sprache eine Übersicht über den Bericht geben, jeder Beitrag enthält eine Zusammenfassung in deutscher und englischer Sprache.

Mit dem Gesamtwerk sind wir zufrieden und empfehlen, dass Fachkräfte aus Gesundheitspolitik, Wissenschaft und Sexualpädagogik diesen Bericht wohlwollend zur Kenntnis nehmen. Darüber hinaus wurde besondere Obacht daraufgelegt, dass der Bericht auch von einem breiteren interessierten Publikum gewinnbringend gelesen werden kann. Es würde uns freuen, wenn der »Fokusbericht: Sexualität von Männern« den Männern unter Ihnen Anregungen für ihre sexuelle Gesundheit geben würde. Bitte senden Sie uns ein Feedback und Anregungen, was wir in der Berichterstattung verbessern können.

***Stiftung Männergesundheit Berlin***
*Wissenschaftlicher Vorstand*

**Editorinnen und Editoren**
*Prof. Dr. sc. med. Doris Bardehle*
*Prof. Dr. med. Theodor Klotz*

***Hochschule Merseburg***
*Institut für Angewandte Sexualwissenschaft,*
*Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur*

*Prof. Dr. phil. Heinz-Jürgen Voß*
*Bettina Staudenmeyer, MA*

# Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| ACTH | Adrenocortikotropes Hormon |
| AGS | Adrenogenitales Syndrom |
| Aids (AIDS) | Acquired immunodeficiency syndrome |
| AIS | Androgeninsensitivität |
| APA | American Psychiatric Association |
| ASD | Allgemeiner Sozialer Dienst |
| ASD | Autismus-Spektrum |
| ASL e.V. | Berliner Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen |
| ASM | Akademie für Sexualmedizin |
| AsylbLG | Asylbewerberleistungsgesetz |
| AsylG | Asylgesetz |
| AsylVfG | Asylverfahrensgesetz |
| AT | Autogenes Training |
| AVEN | Asexuality Visibility und Education Network |
| B&D | Dominanz und Submission |
| BAG | Bundesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit |
| BDC | Berufsverband Deutscher Chirurgen |
| BDSM | Zusammensetzung aus Dominanz und Submission, Sadismus und Masochismus, Sadismus und Masochismus |
| BGBl | Bundesgesetzblatt |
| BMBF | Bundesministerium für Bildung und Forschung |
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| BMI | Body-Mass-Index |
| BRD | Bundesrepublik Deutschland |
| BR | Behindertenrechtskonvention |
| bvk | Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte |
| BvR | Registerzeichen des Bundesverfassungsgerichts |
| BVSM | Bundesvereinigung Sadomasochismus e.V. |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| cGMP | Guanosin-3‘5‘-Monophosphat |
| CRH | Corticotropin-Releasing-Hormon |
| D&S | Sadismus und Masochismus |
| D/s | Dominanz / submission |
| DAH | Deutsche AIDS-Hilfe |
| DAKJ | Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin |
| DBT | Dibutylzinn |
| DDR | Deutsche Demokratische Republik |
| DGfS | Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung |
| DGSMT | Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie |
| DGSMTW | Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft |
| DGSS | Deutsche Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung |
| DGU | Deutsche Gesellschaft für Urologie |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |

| | |
|---|---|
| DJI | Deutsches Jugendinstitut |
| DKSB | Deutscher Kinderschutzbund |
| DSD | Disorders of Sex Development |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen |
| DSTIG | Deutsche STI-Gesellschaft |
| ED | Erektile Dysfunktion |
| EFS | Europäische Föderation für Sexualwissenschaft |
| EP | Ejaculatio praecox / vorzeitiger Samenerguss |
| EPATH | European Professional Association for Transgender Health |
| EPE | Erotic Power Exchange |
| FDA | Food and Drug Administration |
| FSH | Follikelstimulierendes Hormon |
| GeschlkrG | Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GNRH | Gonadotropin-Releasing-Hormon |
| GNRH | Gonatropin-Releasing-Faktor |
| GSP | Gesellschaft für Sexualpädagogik |
| GSSAB | Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours |
| GSSG | Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit |
| GSW | Gesellschaft für Sexualwissenschaft e.V. |
| GTP | Guanosin-5'-Triphosphat |
| GV | Geschlechtsverkehr |
| HAV | Hepatitis-A-Virus |
| HBV | Hepatitis-B-Virus |
| HHA | Haven for the Human Amoeba |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus / Humanes Immundefizienz-Virus |
| HPV | Humanes Papillomvirus / human papilloma virus |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems / Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision |
| ICPD | International Conference on Population and Development |
| IELT | Ejakulations-Latenzzeit |
| IfSG | Infektionsschutzgesetz |
| IPPF | International Planned Parenthood Federation |
| ISP | Institut für Sexualpädagogik |
| ISSTDR | International Society for Sexually Transmitted Diseases Research |
| IUSTI | International Union against Sexually Transmitted Infections |
| JGG | Jugendgerichtsgesetz |
| JVA | Justizvollzugsanstalt |
| JVAen | Justizvollzugsanstalten |
| KFN | Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen |
| KiGGS | Kinder- und Jugendgesundheitssurvey |
| LGBTI | Lesbian, Gay, Bisexual, Transexuell / Transgender and Intersexual (deutsch: Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Transsexuell / Transgender und Intersexuell) |
| LH | Luteinisierendes Hormon |
| LPartG | Lebenspartnerschaftsgesetz |
| LSBT | Lesben, Schwule, Bisexuelle und Trans* |
| LSBTI | Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans* und Inter* |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| MDS | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen |
| MMPI | Multiphasic Personality Inventory |
| MSM | Männer, die Sex mit Männern haben |
| NeMUP | Neuronal Mechanisms Underlying Pedophilia and Child Sexual Abuse |
| NO | Stickstoffmonoxid |
| NS | Nationalsozialismus |

| | |
|---|---|
| OSCC | ösophageales Plattenepithelkarzinom |
| PÄ | Personenstandsänderung |
| PAIS | Partielle Androgeninsensitivität |
| pAVK | periphere arterielle Verschlusskrankheit |
| PKS | polizeiliche Kriminalstatistik |
| PMR | progressive Muskelrelaxation |
| PPD | Präventionsprojekt Dunkelfeld |
| RKI | Robert Koch-Institut |
| RPP | Relapse Prevention Programm |
| S&M | Sadismus und Masochismus |
| SBZ | Sowjetische Besatzungszone |
| SchwKG | Schwangerschaftskonfliktgesetz |
| SGB | Sozialgesetzbücher |
| sGC | lösliche Guanylatzyklase |
| SHBG | sexualhormonbindendes Globulin |
| SOC | Sense of Coherence / Koherenzgefühl |
| SPFH | Sozialpädagogische Familienhilfe |
| STD | Sexually Transmitted Diseases / Sexuell übertragbare Krankheiten |
| StGB | Strafgesetzbuch |
| STI | Sexually Transmitted Infections / Sexuell Übertragbare Infektionen |
| StVollzG | Strafvollzugsgesetz |
| TPE | Thermoplastische Elastomere |
| TPE | Total Power Exchange |
| TPR | Thermoplastic Rubber / Thermoplastischer Gummi |
| TSG | TranssexuellenGesetz |
| TSST | Trier Social Stress Test |
| UBSKM | Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs |
| UMA | unbegleitete minderjährige Ausländer |
| UN | United Nations |
| UN-BRK | UN-Behindertenrechtskonvention |
| UNFPA | United Nation Population Fund |
| USA | Vereinigte Staaten von Amerika / United States of America |
| VÄ | Vornamenänderung |
| WAS | Weltverband für Sexuelle Gesundheit / World Association for Sexual Health |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation / World Health Organisation |
| WPATH | World Professional Association for Transgender Health |

## Zeichenerklärung

* Gender-Sternchen für Vielfalt und Selbstdefinition. Der Stern soll Raum für Selbstdefinition eröffnen, auch für geschlechtliche Verortung, die sich nicht binär als »weiblich« oder »männlich« fassen lässt.

_ Gender-Gap für Vielfalt und Selbstdefinition. Der Unterstrich (gap) soll einen Raum anzeigen, in dem sich Menschen selbst geschlechtlich verorten können, auch abseits der »weiblichen« und der »männlichen« Bezeichnung.

# Tabellenverzeichnis

# Abbildungsverzeichnis

### *4.3 Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox*



### *4.5 Sexuell übertragbare Infektionen und ihre Bedeutung für die Männergesundheit und männliche Sexualität*



### *5.2 Sichtweisen auf sexualisierte Gewalt und sexualisierte Grenzüberschreitungen bei Jugendlichen*



### *5.4 Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch: psychologische und neurowissenschaftliche Perspektiven*

# *Kapitel 1*

## Männliches Geschlecht und männliche Sexualität(en), historisch und aktuell

# 1.1 Sexualität in Deutschland (1933–2016)

*Martin Dinges*

**Zusammenfassung**
Im vorliegenden Beitrag werden die Sexualkulturen in Deutschland in fünf Zeitschnitten von 1933 bis in die Gegenwart vorgestellt. Damit werden die Verhältnisse charakterisiert, die noch heute lebende Personen geprägt haben. Es werden jeweils die Auseinandersetzungen um Leitbilder bzw. »Skripts« von Sexualität sowie die eng damit verbundene Vermittlung dieser »Skripts« in Medien, der rechtliche Rahmen und schließlich die sich ändernde Praxis der Subjekte analysiert. Die natalistische *NS-Sexualpolitik* brachte gewisse Lockerungen für die heterosexuellen, gesunden Volksgenossinnen und Volksgenossen (Verhütungsmittel, Scheidungen), verschärfte demgegenüber jedoch die Sexualkontrolle der Ausgegrenzten: bei »Geistesschwachen« durch Sterisilierungsprogramme, bei Homosexuellen durch Verschärfung des Strafrechts und bei Juden durch die Rassengesetze. Der Krieg bot Freiräume für sexuelle Gewalt, insbesondere bei den Truppen. Nach den »wilden Nachkriegsjahren« wurde in den *1950er Jahren* das Leitbild ausschließlich ehelicher Sexualität etabliert, obwohl die empirische Sexualforschung seit den Kinsey-Reports eine unerwartete Vielfalt sexueller Praktiken ans Licht brachte. Während die BRD die Hausfrauenehe propagierte, schuf die höhere Berufstätigkeit den DDR-Frauen größere Freiräume. Tatsächlich ging in der BRD der voreheliche Verkehr zurück. Die DDR beendete weitgehend die Homosexuellenverfolgung, während die BRD sie verschärfte. Seit *Mitte der 1960er Jahre* bewirkten in der BRD linksliberale Wissenschaftler und Medien eine Liberalisierung und Kommerzialisierung von Sex, was auch zu starker Verbreitung von Pornografie führte. Sexualberatungsstellen und -therapien boomten, die weitgehende Entkriminalisierung der Homosexualität folgte. Die »Pille« entkoppelte endgültig Sexualität von Prokreation und Ehe. *Nach dem Aufkommen von Aids (1982)* wechselte das Leitbild zum »safer sex« – auch zugunsten heterosexueller Praktiken. In der BRD nahm die Kommerzialisierung mithilfe neuer Medien (Privatfernsehen, Videos, Telefonsex) noch weiter zu. Die Wiedervereinigung brachte weitere rechtliche Liberalisierungen – bei Abtreibungen und Homosexualität. *Seit 2000* nimmt die Virtualisierung von Sex zu, negative Thematisierungen (Zwangsprostitution, Pädophilie) werden zunehmend wichtiger, fundamentalistische Kritik an den Liberalisierungen nimmt zu. Die vollständige rechtliche Gleichstellung der Homosexuellen wird erreichbar. Die Vielfalt sexueller Praktiken wird auch bei den Jüngeren etwas größer. Aushandeln von Sexualpraktiken wird Standard, Autosexualität akzeptierter.

**Summary: Sexuality in Germany (1933–2016)**
Sexual cultures in Germany are presented in five *periods of time* – from 1933 to the Present. Thus, those social conditions are described, which have influenced today living persons. Disputes over *models* or *»scripts«* of sexuality, as well as the closely related *representation* in media, the *legal framework*, and finally the changing *practice* of subjects are analyzed

respectively. The natalist *Nazi sexual politics* led to certain easings for heterosexual, healthy comrades (»Volksgenossen«) (contraceptives, divorces), whereas the control of the marginalized were intensified: sterilisation projects for the »imbeciles«, applying stricter criminal law rules for homosexuals, racial laws for Jews. The war offered opportunities for sexual violence, particularly within the troops. After the »wild postwar-era« conjugal sexuality was established as an exclusive leading model in the *1950s*, notwithstanding the fact that empirical sexual research had discovered an unexpected variety of sexual practice since the Kinsey Reports. While the Federal Republic of Germany (FRG) was promoting the traditional marriage (wife at home, »Hausfrauenehe«), the increased professional activity established more opportunities for women in the German Democratic Republic (GDR). As a matter of fact premarital intercourse was reduced in the FRG. The persecution of homosexuals almost came to an end in the GDR, whereas it was intensified in the FRG. Since the *mid-1960s* left liberal scientists and media provoked liberalization and commercialization of sex, which also entailed strong proliferation of pornography. Sexual counseling services and therapies were booming, followed by a large decriminalization of homosexuality. Finally, it was the »pill«, that unlinked sexuality, procreation and marriage. *After Aids (1982)* entered the scene, »safer sex« became a leading model – also favouring heterosexual practice. Commercialization increased in the FRG supported by new media (private television, video, phone sex). The German Reunification led to further legal liberalization – with regard to abortion and homosexuality. *Since 2000*, the virtualization of sex is increasing. Negative perceptions (forced prostitution, pedophilia) becoming more important, as well as fundamentalist criticism of the liberalization. The complete legal equality of homosexuals will be reached in future. The diversity of sexual practice increases also by younger people. Negotiation of sexual practice becomes standard, and auto-sexuality becomes more accepted.

---

## Einleitung

Der Begriff Sexualität entstand seit Beginn des 19. Jahrhunderts aus dem französischen bzw. englischen Adjektiv »sexuell«, das sich in der Fachsprache zunächst auf das Geschlecht in der Pflanzen- und Tierwelt bezog. Das Substantiv kam später auf. Es war eng mit Vorstellungen eines wirkmächtigen »gesunden« Subjekts verbunden, das seine Triebe erfolgreich kontrollierte, während anderen das angeblich nicht gelang. Sexualwissenschaft und Sexualitätsgeschichte entstanden parallel um das Jahr 1900. Sexualitätsgeschichte war lange Zeit von der psychoanalytisch inspirierten Repressionshypothese geprägt, nach der »das« Bürgertum »die« Sexualität, insbesondere von Frauen und Homosexuellen, unterdrückt, Männern aber im Rahmen eines »double standard« (vor allem dank Prostitution) mehr Freiheit erlaubt habe. Nach einer gewissen Ernüchterung über die Befreiung durch die »sexuelle Revolution« zielt nunmehr ein weniger normativer, umfassenderer Begriff des Sexuellen auf die offenere Rekonstruktion »sexueller Subjekte« [1, 2].

Zu den hier darzustellenden Sexualkulturen gehören die Auseinandersetzung um *Leitbilder* bzw. »*Skripts*« von Sexualität und ihre *Vermittlung*, der *rechtliche Rahmen* und schließlich das *Wissen* sowie die *Praxis* der Subjekte. Es ist dem knappen Raum geschuldet, dass dabei vorrangig die Mehrheitsgesellschaft in den Blick kommt. Die erheblichen Variationen, die sich je nach Wohnort in einem der beiden deutschen Staaten, den »sozialmoralischen Milieus« wie dem Milieu der Arbeiterschaft oder dem Milieu der Kirchgänger, bei einem Leben in der Stadt oder auf dem Land (was bis in die 1960er Jahre bedeutsam war), ebenso wie in Gruppen mit besonderer sexueller Orientierung beobachten lassen, können nicht umfassend berücksichtigt werden.

Durch Wandel der *Hauptakteure* und der *Medien* in den Debatten um Sexualität verändert sich die öffentliche Sichtbarkeit des Themas. So gab es Pornografie während des Untersuchungszeitraums zwar durchgehend, aber ihre Sichtbarkeit und Wirksamkeit in der Öffentlichkeit hat sich von der »Bückware« zur jederzeitigen Zugänglichkeit im Internet für Minderjährige erheblich verändert. Damit wird sie für die »Sexualkultur« einer Gesellschaft einflussreicher [3–5].

Sexualkulturen werden durch den *rechtlichen Rahmen* mitgeprägt. So versucht der Staat durch das Sexualstrafrecht Grenzen zu setzen. Außerdem wird durch Ehe-, Steuer-, Krankenversicherungs- und Rentenrecht die (Arbeits-)Marktkapazität von Männern und Frauen maßgeblich mitbestimmt. Berufstätige Frauen können beispielsweise andere Ansprüche stellen als ökonomisch abhängige Ehefrauen. Kulturelle Entwicklungen verändern allerdings auch umgekehrt das Recht.

Die *Praxis* der Subjekte wird nicht unwesentlich von ihrem Wissen um Sexualität geprägt, weshalb immer wieder auch um dessen Zugänglichkeit gestritten wird.

Im Folgenden sollen die Sexualkulturen in Deutschland in *fünf Zeitschnitten* vorgestellt werden, die noch heute lebende Personen geprägt haben [6]. Sind die ersten beiden Zeitabschnitte noch entlang der politischen Verhältnisse definiert, so werden in der Folge vor allem die kulturellen Veränderungen bestimmend: zunächst die »sexuelle Revolution«, dann der Umgang mit einer neuen Seuche (Aids) sowie schließlich wieder Politik- und Medienwandel. Soweit das möglich ist, werden hierbei die Auswirkungen auf Männer vorrangig betrachtet.

## Ambivalente NS-Sexualpolitik und Kriegserfahrungen

Die Sexualpolitik der NS-Zeit war ambivalent: Einerseits schränkte sie Freiräume des Unterhaltungsbetriebs der Weimarer Republik ein und verfolgte strafrechtlich sexuellen Kontakt mit »Nichtariern« als »Rassenschande«. Außerdem unterband sie mit Erbgesundheitsgesetzen die Fortpflanzung von »geistig« oder »körperlich Behinderten« durch systematische Sterilisation. Gleichzeitig schuf diese rassistische und eugenische Orientierung Freiräume für erniedrigende Sexualpraktiken der meist männlichen »Volksgenossen« in Krieg und in Konzentrationslagern (KZ). Andererseits führte die natalistische NS-Politik zu Liberalisierungen für die heterosexuell orientierten »Volksgenossinnen und Volksgenossen«, wie bei der Scheidung und der sozialrechtlichen Besserstellung unehelicher Mütter. Bei Frauen betonte man deren Gebärfunktion, was als Verpflichtung auf traditionelle Geschlechterrollen gedeutet werden kann. Sexualität wurde rassistisch und auf Zeugung hin biologisiert, die Repression gegen Homosexuelle verschärft. Die weltweit führende deutschsprachige Sexualwissenschaft, die politisch eher linksorientiert und von jüdischen Ärzten geprägt war, wurde zerstört, weil ihre Vertreterinnen und Vertreter fliehen mussten [1, 7].

Die *Vermittlung* des rassistischen Gehalts der NS-Lehren erfolgte durch die antisemitische Presse und bis hinein in die Schulbücher, in denen auch die Eugenik als Argumentation gegen Behinderte popularisiert wurde. Die Kirchen störte die Freizügigkeit der NS-Propaganda – die auch Ausstellungen mit Aktfotos nutzte – wohl mehr als ihr Antisemitismus [7].

Die am stärksten einschneidende Veränderung der NS-Sexualpolitik waren die *Rassengesetze*. Ansonsten sind besonders die Verschärfung des Strafrechts gegen Homosexuelle (§ 175, § 175a StGB) im Jahr 1935 sowie die damit einhergehende Verfolgung zu beachten. Nunmehr waren auch Blickkontakte und Unzucht mit Abhängigen – allerdings nur den männlichen – kriminalisiert. Das brachte über 54.000 Anklagen und 6.000 bis 7.000 Männer ins KZ, von denen fast zwei Drittel ermordet wurden [8, 9].

Zur sexuellen *Praxis* ist die weite Verbreitung vorehelichen Geschlechtsverkehrs von 18 bis 20-jährigen jungen Männern und Frau-

en festzuhalten. Die leichte Zugänglichkeit zu Verhütungsmitteln blieb bis 1941 bestehen [7]. Ansonsten ist an die sexuellen Gewalttaten und intimen Beziehungen deutscher Soldaten in den besetzten Ländern zu erinnern, deren Folgewirkungen auf das spätere Leben der Frauen, aber auch auf das der Männer, schwer abzuschätzen sind [10, 11].

## »Wilde« Nachkriegszeit und sexualkonservative 1950er Jahre

Wirkten während der »wilden« Nachkriegsjahre noch die Entgrenzungen der Kriegsjahre nach, so wurde vor allem während der 1950er Jahre das *Leitbild* des möglichst ausschließlich ehelichen Geschlechtsverkehrs unisono von den Kirchen und den kulturell hegemonialen konservativen Parteien verbreitet. Das einflussreiche kirchliche Milieu begründete seine sexualkonservative Position direkt mit der notwendigen Abkehr von dem durch die Nazis geförderten »Sittenverfall«, den man aktuell auch wieder bei den Marxisten in der DDR beobachten könne. Sexualität sei absolut privat. »Die Liebe« und die Anpassung »der Frau« sollten auch die viel diskutierten Sexualprobleme der Kriegsheimkehrer lösen. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass die Sexualpolitik symbolisch die verdrängten NS-Verbrechen bekämpfte. Unterstützt wurde dieser Kurs von einer normativen »Sexualwissenschaft«, die bezeichnenderweise die Kinsey-Reports zur Sexualität von Mann und Frau zurückwies [7, 12, 13].

Deren empirische Untersuchung von 12.000 »Geschlechtsgeschichten« nahm erstmals die tatsächlich praktizierte Sexualität in den USA in den Blick. Von der Rockefeller-Stiftung finanziert, brachte die Studie zur männlichen Sexualität (publiziert 1948) eine gesellschaftliche Debatte in Gang. Die Ergebnisse – verbreiteter vor- und außerehelicher Verkehr, gängige Akzeptanz vieler bisher als »unsittlich« abgelehnter Praktiken und häufig auch »homosexuelle« Erfahrungen im Lebenslauf – schockierten. Nach Veröffentlichung des Berichts zu den Frauen (1953) brachten sie der Stiftung den Vorwurf kommunistischer Unterwanderung der USA ein, was zum Abbruch der Förderung führte. In den USA wurde Sexualität also als höchst politische Angelegenheit diskutiert, die angeblich die ganze Gesellschaftsordnung gefährden konnte [7, 14].

In der BRD entwickelte sich mit der Veröffentlichung beider Berichte ab 1954 ebenfalls eine neue öffentliche Sichtbarkeit des Themas. Die Kirchen kritisierten Empirie grundsätzlich als unangemessenen Zugang zum Thema, Sexualwissenschaftler monierten Methodisches. Beide verurteilten den impliziten Schluss, den Teile der Öffentlichkeit aus dem Beschriebenen zogen, dass doch wohl nicht falsch sein könne, was so viele Personen und Paare taten! Praxis und öffentliche Moral fielen deutlich auseinander. Dagegen verbreitete die konservative Ratgeberliteratur, dass Onanie die psychische Gesundheit gefährde, Mädchen weniger Interesse an Sex hätten, vorehelicher Sex und Homosexualität Sünde seien und nur genitaler heterosexueller Sex gut sei. Sie beriefen sich dabei auf die – angeblich – neuesten medizinischen und psychologischen Erkenntnisse. Für Jugendliche boten dagegen Filmhelden, Rock 'n' Roll und Elvis Presley Beispiele einer enthemmten Körperlichkeit [1, 7].

In der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) wurden diese musik- und filmkulturellen Tendenzen als Zeichen des sich ankündigenden Untergangs des Kapitalismus gedeutet und jugendliche Jazz- und Rockfans streng verfolgt. Direkt nach dem Kriegsende hatte man in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) – unter anderem wegen der vielen Vergewaltigungen – Abtreibungen geduldet und 1947/48 deren Strafbarkeit zunächst abgeschafft. 1950 führte man sie wieder mit dem Argument ein, Fortpflanzung als »Recht der Klasse oder des Volkes« zu gewährleisten – natalistische Politik, nunmehr in sozialistischem Gewand. Gleichzeitig wurde die rechtliche Diskriminierung lediger Mütter beendet. Die Berufstätigkeit der Frauen wurde durch

Betreuungseinrichtungen gefördert. Trotzdem stieg nicht die Geburtenrate, sondern die Zahl illegaler Abtreibungen. Die Position der Frauen wurde gegenüber ihren Partnern gestärkt, was langsam eine egalitärere Sexualkultur beförderte, während in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) die restaurierte »Hausfrauenehe« zum Gegenteil beitrug. Ansonsten glich sich der Sexualkonservatismus in beiden Ländern weitgehend: Das eigentlich erwünschte Modell in der Ratgeberliteratur war die »eine« Sexualität, die auf die Ehe hinführen sollte [7].

Die BRD übernahm die verschärften NS-Gesetze zur Homosexuellenverfolgung – mit bis 1959 stetig steigenden Zahlen von Verurteilungen. In der DDR wurde nach deren Abschaffung durch die Sowjetunion 1950 der § 175 in der Version von 1871 wieder eingeführt: In den drei Jahren von 1957 bis 1959 waren es in der BRD ca. 10.700 Verurteilungen, in der DDR waren es 1.292 Fälle, da hier wieder die ältere, weniger strenge Version des § 175 galt [8, 15, 42]. Auf Fünfzehnjahreszeiträume bezogen, war die Repression in der Bundesrepublik nun mehr als viermal so stark wie während der Weimarer Republik. In Bonn wurden 1953 das Gesetz über die Verbreitung jugendgefährdender Schriften und der Aufbau der Bundesprüfstelle beschlossen. Ein geplantes, noch strengeres Sexualstrafrecht wurde 1963 vom Bundestag nach Kritik in der Öffentlichkeit ad acta gelegt [7].

Vor Gericht wurde um die Verfassungsmäßigkeit der Homosexuellenparagrafen und um die Spielräume der Verbreitung von Pornografie gerungen. Letztere wurde schon seit den 1940er Jahren im großen Stil durch den Versandhandel vertrieben. Die ab 1952 verschickten Kataloge von Beate Uhse konnten jedoch weder als Pornografie, noch ihr unaufgeforderter Versand als »Beleidigung« verboten werden. Naturistenmagazine firmierten auf Kunst um und beanspruchten das Kunstprivileg des Grundgesetzes, was bei Körperdarstellungen im Freien ohne Schatten unbeanstandet blieb. Die Konsumgesellschaft dehnte beim Thema Sexualität den Bereich des Erlaubten schon während der 1950er Jahre langsam aus [16, 17]. In der DDR gab es – zumindest offiziell – keine Pornografie und legitimierte Prostitution nur im Auftrag der Stasi [18].

Zur *Praxis* befürworteten im Jahr 1949 in der BRD Männer und Frauen in einer Umfrage massiv (71%) voreheliche Sexualität – und nahmen sogar mehrheitlich einen Nutzen für die Frauen an. Nur Kirchgänger waren deutlich zurückhaltender. Damit waren die Deutschen damals liberaler als Briten oder Amerikaner. 1963 war die Befürwortung dann um zehn Prozent zurückgegangen – ein messbarer Erfolg des repressiven Klimas [7]. Allerdings hatten weiterhin ca. 80% der Befragten vorehelichen Geschlechtsverkehr. Verhütungsmittel waren verpönt und seit der Entfernung der Kondomautomaten aus dem öffentlichen Raum im Jahr 1959 schwerer zugänglich. So verließ man sich überwiegend auf den coitus interruptus und die Kalendermethode. Da beides unsicher ist, stieg die Zahl der Abtreibungen auf mindestens eine halbe Million Fälle pro Jahr, an denen jährlich ca. 10.000 Frauen gestorben sein sollen. Außerdem gab es immer mehr »Muss-Ehen«: Ende der 1950er war jede dritte Braut schwanger und bei einem Sechstel der Brautleute mindestens eine Person minderjährig. Die Folgen der repressiven Sexualpolitik wirkten sich also massiv auf das Leben vieler Menschen aus [1, 7].

## Liberalisierung, Therapeutisierung und Kommerzialisierung seit Mitte der 1960er Jahre

Partnerschaftlicher, gegebenenfalls auch nichtehelicher Geschlechtsverkehr wurde zum *Leitbild* seit Mitte der 1960er Jahre. Nun sackte eheliche Treue als höchster Wert bei der Partnerwahl ab. Ehebruch und Gruppensex – zumeist zweier Frauen mit einem Mann – wurden ein großes Thema in den Printmedien. (Pseudodokumentarische »Aufklärungs-«)Filme von Oswald Kolle, angeblich zur Verbesserung des ehelichen Sex, zeigten in der zweiten Hälfte der

1960er Jahre freizügiger Nacktheit, gefolgt von den »Schulmädchen-Reports«, die hauptsächlich den Voyeurismus, insbesondere von Männern, bedienten, die von den jungen hübschen Frauen begehrt wurden. Die Pille bot endlich sichere Verhütung und wurde 1961 zunächst nur für Eheleute, 1966 auch unabhängig vom Eheverhältnis zugänglich. Ab 1965 stieg die Zahl der Sexshops von Beate Uhse und anderen schnell, während der Versandhandel weiter blühte. Die Kommerzialisierung von Sex und die Sexualisierung von Werbung mit (halb-)nackten und bald vollständig nackten (Frauen-)Körpern schritt voran. Die Sexualkonservativen gerieten, trotz der Ablehnung der oralen Kontrazeptiva durch die päpstliche »Pillenenzyklika« (1968) und einer gemeinsamen Denkschrift beider Kirchen gegen die sexuelle Revolution (1970), in die Defensive, auch vor Gericht. Allerdings artikulierte sich selbst innerhalb der Kirchen Widerstand gegen die generelle Sexualfeindlichkeit – nicht zuletzt, weil man befürchtete, die Jugend zu verlieren [1, 7, 16, 19].

Aktivisten der Studentenbewegung, linksliberale (Sexual-)Wissenschaftler und Medien bestärkten sich nun in ihren Liberalisierungstendenzen gegenseitig. Die Neue Linke reflektierte gleichzeitig, ob es sich bei der Sexwelle nicht um eine repressive Entsublimierung zur Stabilisierung des Kapitalismus handeln könnte und betonte so die ambivalente Verbindung von Sex und Politik. Unter den psychoanalytischen Deutungen des Zusammenhangs von Gesellschaft und Psyche avancierte Wilhelm Reich zum Meisterdenker einer Umdeutung der konservativen 1950er Jahre als Fortsetzung des Nationalsozialismus: NS-Sadismus und autoritäre Nachkriegserziehung wurden als Ergebnis mangelnder sexueller Befriedigung begriffen, Erfüllung dagegen als Chance der Befreiung aus den gesellschaftlichen Zwängen der nun erwachsenen Generation. In der antiautoritär orientierten Kinderladenbewegung hoffte man durch Befreiung auch der kindlichen Sexualität, die Voraussetzungen für aggressionsfreie Subjektivität zu schaffen. Insgesamt war dies eine besondere Zuspitzung der Idee, das Private, also auch die Sexualität, sei politisch [7].

In den 1970ern förderten die sozialliberalen Regierungen, Aktivistinnen für die Legalisierung der Abtreibung und die entstehende Schwulenbewegung gemeinsam ein liberaleres gesellschaftliches Klima. Die Politisierung von Sexualität erreichte damit einen Höhepunkt. Erst jetzt konnte man öffentlich vertreten, dass Sexualität nicht (implizit immer) der Fortpflanzung dienen müsse. Die Selbstbestimmung über die eigene Leibesfrucht wurde als Autonomie des befreiten weiblichen Subjekts propagiert. Die sexuelle Orientierung sollte eine Entscheidung des mündigen Bürgers sein und nicht mehr kontrolliert oder gar diskriminiert werden. Die öffentliche Selbstbezichtigung einer großen Zahl homosexueller Männer brachte im Stern (1978) den medialen Durchbruch zu größerer Akzeptanz. (Halb-)nackte Männer tauchten ab 1968 in der Werbung auf, sodass der bisher weitgehend auf den weiblichen Körper gerichtete öffentliche Blick in den 1970ern weniger exklusiv wurde [7, 20].

Pornografie wurde mit Tendenzen zur Brutalisierung und teilweise rassistischen Orientalisierung ab Mitte der 1970er härter, leichter zugänglich und vermittelte zumeist ein dominantes Männlichkeitsbild, das vor allem durch übersteigerte Potenz, Energie und Ausdauer charakterisiert war. Die Frauenbewegung kritisierte bald, dass auf diese Weise patriarchalische Herrschaftsverhältnisse stabilisiert würden. Der boomende Versandhandel suggerierte, jegliche Probleme auf dem Weg zu einem vollständig befreiten Sex durch entsprechende Hilfsmittel lösen zu können. Alle Menschen jeden Alters sollten nun Lust haben können, wobei erstmals auch die Frauen legitim Pornografie konsumieren und Orgasmen selbst herbeiführen durften [21].

Da das alles nicht ohne Weiteres zu erreichen war, trieb eine neuartige Beratungswelle die Therapeutisierung und Pädagogisierung des Sex voran. Zwar hatte es schon früher »Eheberatungsbücher« gegeben und auch die

Jugendzeitschrift *Bravo* begann in den 1960ern mit ständigen »Aufklärungsberichten« für die Jüngeren. Das stete Reden über den »richtigen« Sex in regelmäßigen Kolumnen von Frauenzeitschriften, Tageszeitungen wie *Bild*, Rundfunkzeitschriften und weiteren Medien wie dem Rundfunk war in dieser Massivität und Allgegenwärtigkeit aber neu und erreichte nun unaufgefordert auch diejenigen, die sie nicht – wie früher die »Eheberater« – selbst aktiv bestellt hatten. Auch wenn dabei immer noch über die moralische Zulässigkeit des Seitensprungs wie über Koitus-Häufigkeiten und Stellungen geurteilt und beraten wurde, ging es nicht mehr um Repression, sondern um Befriedigung des umfassenden »Willens zum Wissen« (Michel Foucault). »Sex« änderte sich durch diese Dauerthematisierung, indem zum Beispiel der gemeinsame Orgasmus beim heterosexuellen Verkehr als Norm ebenso festgelegt werden konnte wie die Heterosexualität selbst oder die relative Problemlosigkeit einer Affäre, wenn nur die »Paarbeziehung« dadurch nicht beschädigt wurde. Gerade bei der Besprechung von Schwierigkeiten mit dem Sex, wie insbesondere bei Frigidität oder Impotenz, erreichte eine gehörige Prise Alltagspsychologie eine breite Leserschaft, sodass man für diese Zeit auch eine zunehmende Psychologisierung des Sex feststellen kann [22, 23, 24].

Gleichzeitig entwickelte sich auch die medizinische Sexualberatung, zunächst in staatlich geförderten Sexualberatungsstellen, zunehmend aber auch mit entsprechenden Angeboten niedergelassener Psychologen und Ärzte. Heterosexueller Paarbedarf stand im Vordergrund: Mehr Kommunikation mit dem Partner, sich selbst kennenlernen, Leistungsdruck abbauen, entspannen und durch Zärtlichkeit Bindung herstellen waren die empfohlenen und einzuübenden Wege zur Behebung der Probleme. Sensualitätstraining zielte letztlich auf den entspannten Koitus bis zum Orgasmus.

Konsequent wurde Ende der 1970er Jahre nach entsprechendem wissenschaftlichem Verlauf und früheren, lediglich therapeutischen, Bemühungen auch der »Silver-Sex« von Personen über 60 Jahren entdeckt. Dieser wurde nun als Anpassungsleistung alternder Körper an neue Herausforderungen in Ratgebern popularisiert. Was also 1968 noch als essenzialistisches sexuelles Bedürfnis gedacht worden war, das es zu befreien galt, um bestenfalls »die« Wahrheit über die eigene Person zu erfahren, erwies sich nun immer mehr als gesellschaftlich hergestellte Sexualkultur, bei der öffentliche Diskurse und Kommerz je eigene Rollen spielten. Dazu gehörte auch die Auseinandersetzung um den Sexualkundeunterricht, der Kenntnisse und Kompetenzen an Schüler vermitteln sollte, während Konservative eine unangemessene Sexualisierung von Kindern witterten. Auch hier stand die Vorstellung einer essenziellen kindlichen (A-)Sexualität der Idee der notwendigen Wissensvermittlung gegenüber [25].

All das ging nicht ohne erhebliche gesellschaftliche Auseinandersetzungen vonstatten. Besonders um die *Legalisierung* der Abtreibung wurde nach der Selbstbezichtigungsaktion über vorgenommene Abtreibungen im Stern 1971 immer massiver gekämpft. Am deutlichsten war der Widerstand der Kirchen, aber auch Teile der Ärzteschaft wollten sich gesetzlich nicht zu Abtreibungen verpflichten lassen. Nachdem die DDR bereits 1972 eine Fristenlösung eingeführt hatte, zog der Bundestag 1973 nach. Allerdings blockierte das Bundesverfassungsgericht diesen Vorschlag, sodass ab 1976 eine Indikationenlösung galt. Noch bis Ende der 1970er Jahre blockierten die südlichen Bundesländer die Umsetzung vor Ort weitgehend [7].

Auch bei der Entkriminalisierung der Homosexuellen ging die DDR 1968 voran. Interessant ist, dass sie das Verbot gleichgeschlechtlicher Beziehungen, für Männer und Frauen (!) abschaffte, allerdings nicht, wenn eine bzw. einer der Beteiligten noch jugendlich war. Demgegenüber hob die Große Koalition 1969 das Totalverbot des § 175 StGB für volljährige Männer auf – Frauen tauchen im Gesetz nicht auf. Gleichzeitig fiel der Straftatbestand des Ehe-

bruchs und 1972 der »Kuppelparagraf« (§ 180 StGB) für die über 16-Jährigen. Schließlich wurde 1975 auch das Verbot von Pornografie aufgehoben – mit Ausnahme der Weitergabe, insbesondere an Minderjährige. Ende der 1970er Jahre versuchte ein Teil des linksalternativen Milieus und der Homosexuellen mit dem Argument, die eigenständigen sexuellen Bedürfnisse von Kindern dürften nicht unterdrückt werden, die Pädophilie zu entkriminalisieren, was Mitte der 1980er Jahre allerdings definitiv scheiterte. Dieses Projekt war wohl die skurrilste Wendung des »Befreiungsdiskurses« [7, 15].

Vor allem die »Anti-Baby«-Pille, die nach Ansicht der Bundesregierung 1964 nicht so genannt werden sollte, weil dieser Titel kinderfeindlich sei, änderte die sexuelle *Praxis* seit Mitte der 1960er Jahre erheblich. Die DDR löste das semantische Problem 1965 mit dem Begriff »Wunschkindpille« geschickter [7, 26]. Noch 1964 lediglich von 2.000 zumeist verheirateten Frauen eingenommen, erreichte die »Anti-Baby«-Pille nach Herstellerangaben 1968 bereits 1,4 Millionen Frauen in der BRD. Bereits vor den Aktivitäten der Studentinnen und Studenten hatte also die »Sexwelle« Mitte der 1960er Jahre in den Schlafzimmern der Elterngeneration begonnen. In der nächsten Dekade stieg die Zahl unehelicher Geburten und der Scheidungen, die der Eheschließungen nahm ab.

1977 vertrauten bereits 80% der unter 20-Jährigen der Pille für die Verhütung. Als ambivalente Wirkung dieser oralen Kontrazeptiva wurde von der Frauenbewegung kritisiert, dass Verhütung nun ausschließlich zur Frauensache werde. Außerdem werde die jederzeitige sexuelle Bereitschaft von Frauen suggeriert. Durch die öffentliche Legitimierung einer eigenständigen weiblichen Sexualität und die Pille stiegen die Erwartungen von Frauen an Männer, denn die Befriedigung der Partnerin wurde zur neuen anspruchsvolleren Zielvorstellung [27].

Weitere Kritik an gewissen Tendenzen der sexuellen »Befreiung« kam ebenfalls von Feministinnen. Nach der antiklerikal und teilweise antikapitalistisch gedeuteten Liberalisierung wurde ihre Fundamentalkritik alltäglicher Heterosexualität als der entscheidende Kern der Unterdrückung von Frauen für eine Neubestimmung der Sexualkultur immer wichtiger. Alice Schwarzer brachte sie 1975 mit ihrem Buch über den »kleinen Unterschied und seine großen Folgen« auf den Punkt, von dem bereits 1983 über 100.000 Exemplare verkauft waren. Es verschob den Liberalisierungsdiskurs immer mehr hin zu einem Selbstbestimmungsdiskurs der Frauen, in dem männliche Sexualität unter Dauerkritik geriet: In den 1970ern kamen somit Vergewaltigung, Prostitution, sexuelle Belästigung und Pornografie erstmals auf die geschlechterpolitische Agenda. Diese Themen wurden später immer wieder aufgegriffen – etwa mit der PorNO-Kampagne von 1987 oder der Sexismus-Kampagne um die Dirndl-Bemerkung des FDP-Politikers Rainer Brüderle im Jahr 2013.

Auch wurde bereits Ende der 1970er diskutiert, ob die sexuell aktiveren Frauen zu einem Absinken der männlichen Lust beitrugen, da nun die traditionell männliche Rolle des Verführers demontiert sei. Jedenfalls riss die mediale Erfindung »des neuen Mannes« seit den 1980ern nicht mehr ab: Mal sollte er ein »Softie« sein, mal »metrosexuell«, jedenfalls ging es dabei immer um die stärkere Beachtung weiblicher Bedürfnisse als bisher, insbesondere bei der Sexualität. Im linken Milieu wuchs Ende der 1970er Jahre die Kritik an der Vorstellung, Subjekt und Gesellschaft könnten durch Sexualität befreit werden.

Seit 1966 produzierte die in Hamburg, Frankfurt und Leipzig wieder institutionalisierte soziologisch orientierte Sexualwissenschaft Daten zur Sexualität Studierender, die als besonders libertär galten, ab 1971 auch zu Jungarbeitern. Hatten die aus (klein-)bürgerlichen Verhältnissen stammenden Studentinnen und Studenten zunächst vier Jahre später als die Arbeiter erste Koituserfahrungen, holten sie in der folgenden Dekade auf. Noch stärker war der Wandel innerhalb der Studentenschaft. Hatten anfangs Studenten noch

deutlich eher Geschlechtsverkehr als Studentinnen, so kehrte sich das Verhältnis in jeder Hinsicht bis 1981 um: Die weiblichen Studierenden begannen früher, hatten häufiger Verkehr und mehr Sexualpartner. Masturbation blieb bei den Männern eine deutlich gängigere Praxis als bei Frauen, was eine stärkere Betonung der Autosexualität belegt [28, 29].

In der DDR hatten 1966 mit 59% deutlich mehr zwanzigjährige Studenten bereits Erfahrungen mit einem ersten Geschlechtsverkehr als in der Bundesrepublik mit 38%, während die Werte bei den Studentinnen mit 29% und 31% fast gleich hoch lagen. Das Einstiegsalter sank bei Jungarbeitern in der DDR von 1973 bis 1980 noch um ein weiteres halbes Jahr, bei den Studenten um etwa doppelt so viel, sodass sich das Verhaltensmuster der Studenten demjenigen der Lehrlinge/Jungarbeiter stark annäherte. Die Koitusfrequenz bei Studentinnen blieb etwas geringer als bei Studenten. Eheschließung war ein attraktiveres Ziel, weil dadurch und mit dem ersten Kind die Chancen auf eine Wohnung entschieden stiegen. Das Heiratsalter war in der DDR dementsprechend niedriger – und die Scheidungsquote höher [30, 31].

Zumindest bei den bundesdeutschen Studierenden wandelte sich auch die Einstellung zur Homosexualität zwischen 1966 und 1981 erheblich: Hielten sie 1966 nur 37% der Männer für zulässig, waren es 1981 84%, bei den Frauen stieg der Anteil sogar von 40% auf 92%. In der DDR befragte das Institut für Jugendforschung Studierende und Lehrlinge danach, ob sie »sexuelle Kontakte zu Männern gefühlsmäßig ablehnen«. Das taten 1980 noch 70% der Männer und 48% der Frauen »vollkommen«, weitere 16% und 23% »mit gewissen Einschränkungen«. Lesbische Kontakte lehnten 57% der Männer und 54% der Frauen vollkommen ab. Immerhin stimmten 52% der Aussage zu, dass »niemand wegen homosexuellen Neigungen benachteiligt werden« solle. In dieser Hinsicht waren die Jüngeren aus der Bundesrepublik also etwas liberaler geworden, was mit der wesentlich größeren Präsenz der Schwulen in der BRD-Öffentlichkeit zu tun haben dürfte. Seit 1972 gab es Schwulen- und Lesbendemonstrationen, seit 1979 Christopher Street Day-Paraden für Schwulenrechte. 1990 bestätigte sich der Unterschied besonders hinsichtlich der viel weniger liberalen DDR-Männer [32].

### Risikosexualität und Allgegenwart von Sexualität seit dem Aufkommen von Aids (1982–2000)

Die ersten Fälle der neuen Krankheit wurden in Deutschland 1982 festgestellt. Da die meisten Infektionen zunächst aus dem homosexuellen Milieu gemeldet wurden, ging Aids 1983 als »Schwulen-Pest« oder »Homo-Seuche« in die Annalen ein [33]. Die angeblich überaktiven Homosexuellen, ihre Promiskuität und ihre Praktiken, wie insbesondere der Analverkehr, wurden als besonders risikoreich herausgestellt und kontrastierten mit dem *Leitbild* einer weniger gefahrvollen Heterosexualität. Als gefährlich galten außerdem weibliche und männliche Prostituierte. Konservative, etwa der bayerische Staatssekretär des Inneren, Peter Gauweiler, nutzten 1987 die Gelegenheit, die homophobe Stimmung anzuheizen, indem sie Isolierung, Zwangstests, Ermittlung der Partner und Reiseverbote forderten. Allerdings blieben diese Ideen gegenüber einer pragmatischeren Orientierung auf »safer sex« und individuelle Freiheitsrechte eine Minderheitsmeinung. Neben der Abwertung homosexueller Männlichkeit innerhalb der heterosexuell geprägten Öffentlichkeit, gab es dort nun also auch eine Bereitschaft zum Schutz homosexueller Männer, während die gegenseitige Aids-Hilfe der Hauptbetroffenen zu einer Aufwertung der homosexuellen Männlichkeit beitrug.

Die größere gesellschaftliche Akzeptanz von Homosexualität verringerte aber auch deren Wahrnehmung als das einzige ganz andere. Durch die Popularisierung weiterer sexueller und geschlechtlicher Identitäten – von Bise-

xualität über Transgender bis Inter etc. –, verlor sie weitgehend ihren Sonderstatus. Sexuelle Orientierung wurde banalisiert und als ziemlich beliebig toleriert.

Die Angst vor Ansteckung beförderte einen erneuerten Treuediskurs, selbst bei den Jüngeren, an den die Sexualkonservativen gerne anknüpften. Nach Entdeckung des HI-Virus und der Übertragungswege zielte der Präventionsdiskurs der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter dem Motto »Aids geht alle an« (1987) aber auf eine Veränderung hin zu sichereren Praktiken. Damit wurde Prävention Möglichkeit und Pflicht aller sexuell Aktiven. Die Politik konnte in diesem Bereich praktisch nur auf die »Selbstregierung« der Bürger setzen, um das Problem im Griff zu halten. Der Regelungsmodus von Sexualität zielte nun weniger auf Risikogruppen, sondern auf die Kenntnis und Einhegung detailliert definierter Risikopraktiken. Es ging nicht mehr um Moral und Ausgrenzung, sondern um Techniken der Selbstregulierung, die die Politik in Kampagnen immer wieder popularisierte. So führte Aids auch zu mehr Kommunikation in der Partnerschaft, da wegen der Infektionsgefahr nun das sexuelle Vorleben Thema wurde – und außerdem musste man sich über den Kondomgebrauch einigen [34].

Die bereits in der vorherigen Dekade begonnene Neupositionierung des nackten männlichen Körpers in der Öffentlichkeit konnte diesen genauso zum Objekt des Begehrens machen wie nackte Frauenkörper. Manche deuten dies als Veränderung der Machtbalance zwischen den Geschlechtern. Jedenfalls erhöhten Männer erheblich die Investitionen in ihren Körper, da ein hohes Einkommen als Garant männlicher Attraktivität immer weniger ausreichte. Der Markt für männliche Körperpflegeprodukte wuchs in den 1980ern entsprechend überproportional. Fitnessstudios schossen als Ergebnis des neuen Körperkults aus dem Boden. Bald praktizierten auch Frauen verstärkt in den Studios. Die Somatisierung des Begehrens generalisierte sich [20].

Hintergrund war die Dauerpräsenz von Sex, gefördert zunächst von den Geständnissendungen und »Erotik«-Shows im seit 1984 bestehenden Privatfernsehen, wo der Warencharakter des Sexuellen am deutlichsten sichtbar wurde. Gleichzeitig lösten Pornos auf Videokassetten die teureren und umständlicher vorzuführenden 16mm-Filme ab. Die DVDs der 1990er waren noch leichter zu bedienen, ab Ende der 1990er Jahre folgte das Internet. Self-Sex und Selbstpornografisierung traten ihren Siegeszug an [3, 4]. Alice Schwarzer hatte 1987 mit ihrer PorNO-Kampagne einen zweiten Vorstoß gegen die Pornografie gestartet. Sie dürfte auch deshalb wenig erfolgreich geblieben sein, weil das in der Mainstream-Pornografie vermittelte Bild laut einer, allerdings nichtrepräsentativen, Umfrage von Corinna Rückert (2000), den Fantasien der Mehrheit weiblicher Konsumenten entsprach. Diese lehnten es also nicht als frauenfeindlich ab [21]. Immerhin verschwanden nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts 1982 die Peepshows nach nur sechs Jahren mit der Begründung, dass sie die Würde der Frau verletzten.

Versuche, die beiden Jahrzehnte nach der »sexuellen Revolution« einzuordnen, führen zum Konzept der »neosexuellen Revolution« (1998): Der Sexualforscher Volkmar Sigusch meinte damit unter anderem die Hoffnung, Sexualität ganz von Angst, Risiken und Destruktivität befreien zu können, aber auch die »Pharmakalisierung« der Sexualität. So sei Viagra Ausdruck einer Utopie, körperliche Effekte durch medizinische »Prothetik« zu erreichen, die völlig vom Erleben abgekoppelt sei. Sexualität wird zu einem weiteren Feld der Selbstoptimierung der Subjekte. Zur Neosexualität gehöre auch eine Kultur des permanenten Voyeurismus, in dem der Egotrip der Selbstdarstellung beliebiger Sexualitätspartikel – etwa bei den Love-Paraden – ebenso erregend sei wie der körperliche Orgasmus. Dazu passt die von Alexander Schuller konstatierte »Onanisierung« der Sexualität dank Telefon- und Internetsex. Die neoliberalen Ar-

beitskraftunternehmer hätten außerdem darauf geachtet, den Zeitaufwand für sexuelle Begegnungen karrierekompatibel zu reduzieren. In den Medien wurde als neuer Trend einerseits zunehmende Klagen über mangelnde Libido kolportiert, andererseits behauptet, der allgegenwärtige Sex fördere die Unsicherheit und Unzufriedenheit im Bett und führe zu Frustration über die eigene Praxis. Langeweile trotz Dauererregung war der mildeste Befund [35].

*Rechtlich* wirkte sich vor allem die Wiedervereinigung aus, denn sie brachte eine weitgehende Angleichung an den liberaleren DDR-Standard: 1993 erhielt auch die neue Bundesrepublik eine Fristenlösung bei Schwangerschaftsabbrüchen, allerdings mit Beratungspflicht. 1994 erfolgte die vollständige Aufhebung des § 175 (Strafbarkeit von Homosexualität), der in der DDR schon 1988 liberalisiert worden war.

Auch die *Praxis* veränderte sich weiter. Bei Jugendlichen spielen Treue und Romantik seit den 1990ern wieder eine größere Rolle, was eher als Reaktion auf das konsumorientierte Sexgebot anstatt auf Aids gedeutet wird. Entsprechend sank die Anzahl der Sexualpartner leicht gegenüber 1981. Sexualität wurde 1996, verglichen mit den Zahlen von 1981, wieder mehr innerhalb einer festen Beziehung, dafür aber häufiger praktiziert. Nimmt man die 1966 viel höhere Zahl Verheirateter hinzu, dann hat hier allerdings nur eine Verschiebung aus der Ehe in andere feste Beziehungen stattgefunden. Jungen und Mädchen begannen früher mit der Masturbation und hatten eher Geschlechtsverkehr. Die Koitushäufigkeit der Studierenden nahm gegenüber 1981 zu, allerdings viel weniger als die Masturbation. Der Gebrauch von Kondom und Pille waren selbstverständlich. Sex ging auch egalitärer von beiden Seiten aus, war allerdings zu einem Erlebnis unter vielen anderen geworden. Entgegen den Befürchtungen der Konservativen waren Paarbeziehungen also der Ort befriedigender Sexualität. Ob dies auf Dauer so bleiben konnte, hing von der »Beziehungsarbeit« ab [29].

Gleichgeschlechtliche Erfahrungen in der Jugend nahmen zwischen 1970 und 1990 kontinuierlich ab und verblieben auf diesem niedrigen Niveau, weil es weniger homosoziale Räume gab und die öffentliche Diskussion von Homosexualität wohl striktere heterosexuelle Skripts in den Jugendmedien hervorbrachte. Treuevorstellungen sind bei jüngeren Befragten ebenfalls strenger als bei älteren [29, 31, 36].

Ein weiteres Ergebnis der Wiedervereinigung ist ein »Report über Partnerschaft und Sexualität in drei Generationen«, der 1942, 1957 und 1972 Geborene verglich, die um 2002 in Leipzig bzw. Hamburg lebten. Es wurden fast 800 umfassende Sexualbiografien erhoben, um die »spätmodernen Beziehungswelten« repräsentativ zu explorieren. Bei den vor der »sexuellen Revolution« sozialisierten 60-Jährigen waren monogame Beziehungen noch stärker das Beziehungsideal als bei den in den wilden Sechzigern Geprägten und den nach der »Sexwelle« Geborenen. Die Zulässigkeit nicht-monogamer Beziehungen akzeptierten in der mittleren Generation eher die Männer, erst bei den 30-Jährigen auch die Frauen, durchgehend aber weniger. Dauerhaftere Beziehungen beginnen heute früher, führen aber seltener in die Ehe, die ihr Monopol auf Sexualität bereits in der mittleren Generation an »feste« Beziehungen verlor. Diese wurden immer mehr sequenziell, sodass auch die zwischenzeitlichen Singlephasen von Generation zu Generation zunahmen. Entgegen dem Medienmythos vom intensiven Sexualleben der Singles haben diese im Verhältnis zur Dauer dieser Phasen einen weit unterdurchschnittlichen Anteil am Sex mit anderen Personen. Alle Altersgruppen betrachten Sex vorrangig als Mittel zur Intimität und meinen ansonsten, er »gehöre einfach dazu«. Entscheidend für die Häufigkeit von Sex ist nicht das Alter, sondern die Beziehungsdauer. Ältere haben nicht mehr Schwierigkeiten mit dem Sex als Jüngere. Geringere Häufigkeiten in sehr lang dauernden Beziehungen werden von den Betroffenen als unproblematisch eingestuft, da man eine stärkere Bindung gewonnen habe [31].

Durch die Geburt von Kindern reduziert sich die Koitusfrequenz von Eltern in der Regel nur vorübergehend. Masturbation wird auch in befriedigenden Beziehungen immer gängiger. Die ausschließliche Orientierung auf Monosexualität verringert sich, allerdings nur im einstelligen Prozentbereich. Selbstdefinitionen stimmen nicht mehr vollständig mit der Praxis überein. So haben Frauen, die sich selbst als heterosexuell definieren, in den beiden jüngeren Generationen eher schon einmal auch eine lesbische Beziehung ausprobiert, Männer nach der Jugendphase vorübergehend auch homosexuelle Beziehungen. Verglichen mit den Studien zum Jugendsex scheint sich hier eine Phasenverschiebung ins Erwachsenenalter abzuzeichnen. In den Fantasien ist die Lockerung monosexueller Festlegungen noch deutlicher. »Seitensprünge« stellen nur ein bis zwei Prozent aller Geschlechtsverkehre dar und finden statistisch damit einmal pro 13 Beziehungsjahre statt. Außerdem sind sie immer weniger männerspezifisch. Dabei ist das Motiv mehr die Attraktivität des anderen als Unzufriedenheit mit der eigenen Beziehung. Frauen sind insgesamt häufiger unzufrieden mit dem Sex als Männer.

Zur Prostitution liegen für Deutschland nur aus dem Jahr 1994 einigermaßen verlässliche Angaben vor. Damals wurden 18% der Männer als dauerhafte Kunden ermittelt. Demgegenüber waren und sind alle anderen Daten, insbesondere die gern zitierten 1,2 Millionen Kundenkontakte pro Jahr aus den 1980er Jahren Schätzwerte auf sehr unsicherer Basis. Erstkontakte entstehen teilweise immer noch als Initiation sowie als Gruppenpraxis in exklusiv männlichen Berufsfeldern zum Abschluss einer gemeinsamen Tätigkeit (Geschäftsabschluss, Seefahrt, Feldzug). Etwa die Hälfte der »Freier« ist verheiratet und sucht Abwechslung oder Praktiken, die die Ehefrau nicht präferiert. Das Konzept notwendiger männlicher Triebbefriedigung senkt die Schwelle ebenso wie die Vorstellung eines Tauschgeschäfts. Das betroffene Fünftel der Männer nimmt dieses frauenfeindliche Privileg als selbstverständlich wahr [37, 38].

## Virtualisierung von Sex und neuer Sexualkonservatismus seit ca. 2000

Man kann sich fragen, ob die Jahre seit der Jahrtausendwende tatsächlich wesentlich Neues gebracht haben. Sex war bereits entmystifiziert, entdramatisiert und »entrümpelt von Katholizismus, Patriarchat (fast) und Psychoanalyse« (G. Schmidt) – und allgegenwärtig. Neben der nun auch in jedem Kinderzimmer zugänglichen Internetpornografie war vor allem die Dominanz negativer Thematisierungen von Sexualität sowie die deutlichere Sichtbarkeit sexualkonservativer Bewegungen neu. Ob Zerstückelung und Diversifizierung von Sex den aktuellen Trend treffend charakterisieren?

Zu den Auswirkungen der ubiquitären Zugänglichkeit von Internetpornografie für Kinder gibt es noch keinen einheitlichen Forschungsstand: Eine generelle psychische Schädigung der Kinder oder Jugendlichen kann man nicht annehmen, da diese virtuelle Welten gut als solche durchschauen. Außerdem wählen sie nach Zufallsfunden von hardcore-Pornografie bald für sie akzeptablere Inhalte aus, wenn sie überhaupt »dranbleiben«. Allenfalls wird die Entstehung eines sexuellen Leistungsdrucks bei den Jugendlichen diskutiert, die vor dem ersten Geschlechtsverkehr Kontakt mit pornografischem Material hatten [39, 40].

Negative Thematisierungen sind vor allem Zwangsprostitution, Kinderpornografie und Pädophilie. Eine massive öffentliche Debatte setzte sich um 2010 mit dem verbreiteten Kindesmissbrauch insbesondere in kirchlichen Einrichtungen – seit den 1950er Jahren und teilweise bis in die jüngste Vergangenheit – auseinander. Bei dessen »Aufarbeitung« wurde allerdings die Rolle solcher Institutionen zu sehr betont. Alice Schwarzer hatte bereits 2002 darauf hingewiesen, dass jedes dritte bis vierte Mädchen sowie jeder zehnte Junge Missbrauchserfahrungen mache. Wie problematisch solche Dunkelfeldschätzungen methodisch auch sein mögen, holen sie doch die »dunkle Seite des Sex« im »normalen«

Familienalltag ans Licht und begründen Kritik an fälschlich entlastenden Thematisierungen. So ist und bleibt übrigens auch der sexuelle Missbrauch durch Mütter ein Tabuthema. Anlässlich einiger besonders skandalisierter Fälle von Kindesmissbrauch geriet die Arbeit der Jugendämter in die Kritik. Jedenfalls wird das Problem nun deutlicher wahrgenommen.

Meinungsäußerungen der Kirchenhierarchie spielen noch eine gewisse Rolle, eine päpstliche oder bischöfliche Bewertung des »Genderismus« als menschenverachtend und als Zwangssexualisierung »unserer« Kinder wird dann von sexualkonservativen katholischen Laienbewegungen, gerne aufgegriffen, die sich in ihrer Bewertung mit den Evangelikalen treffen. Sie verschaffen sich nun vermehrt Gehör, indem sie gegen sexuelle Vielfalt und auch gegen Bildungspläne einzelner Bundesländer mit der Behauptung auf die Straße gehen, Schulkinder würden im Unterricht zu Genitalspielen oder Homosexualität verführt. Mit den Kundgebungen und Gegendemonstrationen ist die kontroverse Politisierung der Sexualität wieder auf den deutschen Straßen und Plätzen angekommen.

Teilweise aus Aktivisten der früheren Anti-Abtreibungsbewegung rekrutiert, sammeln sich hier auch antifeministische und homophobe Kräfte unter dem Banner der Verteidigung der Familie, die es einzig in ihrer traditionellen Version als Vater-Mutter-Kind(er)-Familie – am besten mit einer Ganztagshausfrau – gegen die gleichgeschlechtlichen Formen zu retten gelte. Diese selbsternannte »Lebensbewegung« reagiert auch auf die neosexuellen Möglichkeiten der Abkopplung der Fortpflanzung von Paarsexualität und versucht, die Debatte um die »richtige Ordnung« von Sexualität und Familie im Stil eines Kulturkampfes zuzuspitzen. Zumindest in Frankreich hat sie bereits mehrere Millionen Anhänger auf die Straßen gebracht. In Polen waren 2015 sexualkonservative Argumente mit wahlentscheidend gegen eine wirtschaftspolitisch erfolgreiche Regierung. Debatten um Sexualität werden also wieder zu einem Instrument politischer und sogar nationaler Identitätsbildung, insbesondere im europäischen Osten mit einer massiven Renaissance der Homophobie.

Unter den Migranten aus muslimisch geprägten Ländern verschaffen sich ebenfalls sexualkonservative Minderheiten zunehmend Gehör. Sie setzen im öffentlichen Raum für Töchter und Frauen immer häufiger das Kopftuch oder weitergehende Formen der Verschleierung durch, während sie durch den Import von Bräuten, Zwangsverheiratung und Ehrenmorde an »unbotmäßigen« Schwestern oder Töchtern blutige Exempel eines patriarchalischen Regiments statuieren. In der deutschen Öffentlichkeit wird der von Salafisten historisch völlig unzutreffend als »urislamisch« deklarierte Sexualkonservativismus teilweise als beachtenswerte Infragestellung der Allgegenwart von Sex und sexualisierter Werbung in okzidentalen Gesellschaften rezipiert. Während der eine Teil der Gegenwartsgesellschaft die angeblich rückständige machohafte Sexualität »der« muslimisch geprägten männlichen Migranten als Folie für die Behauptung nutzt, selbst modern, emanzipiert und aufgeklärt zu sein, heißt ein anderer Teil die fundamentalistische Infragestellung einer westlichen »Hypersexualisierung« des privaten und öffentlichen Lebens willkommen. Insofern sagt die Debatte um »die« – eigentlich differenzierte – Migrantensexualität viel über die jeweilige politische Agenda der alteingesessenen bundesdeutschen Leitmedien und sehr wenig über die Realitäten in den verschiedenen Generationen der Einwandererfamilien aus. Diese haben übrigens spätestens in der zweiten Generation genauso wenige Kinder wie Alteingesessene, was als Ergebnis erfolgreicher Verhütung gedeutet werden kann. »Die Frauen« sind dort also in dieser Hinsicht nicht so unterdrückt, wie das eine – »besorgte« – Öffentlichkeit manchmal suggeriert [40].

Daneben setzen sich ältere Trends im neuen Jahrtausend fort. So wurde explizite Homosexualität gesellschaftlich immer mehr akzeptiert, wozu die Coming-outs von Spitzenpolitikern

ab 2001 (Wowereit) und 2004 (Westerwelle) beitrugen. Der Christdemokrat von Beust begründete 2011 seine langjährige Zurückhaltung mit dem schwierigeren Umfeld in der CDU. Grundsätzlicher als dieser Hinweis auf konservative Kontinuitäten ist die Kritik mancher Queer-Forscher, die die Normalisierung der Homosexualität nur für eine weitere kapitalistische Einhegung halten. Sie diene indirekt der Aufrechterhaltung von Heteronormativität, um so die Trans-, Inter- und sonstigen von ihnen vertretenen Geschlechter, die außerdem im Lebenslauf variabel seien, weiter zu marginalisieren. Die Gesellschaft setze damit lediglich ihre Sexualunterdrückung fort. In der Tat könnte man die Legalisierung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften zumindest als (Selbst-)Domestizierung einer Schwulenbewegung deuten, die sich in den 1970ern als libertäre Alternative zur Repressivität der Ehe gerierte.

Das *Recht* folgte auch hier Schritt für Schritt der gesellschaftlichen Entwicklung. So legalisierte der Bundestag 2001 eingetragene Lebenspartnerschaften. 2011 bestanden 34.000, davon 40% von Frauen. Nach den ursprünglich nur bürgerlich-rechtlichen Privilegierungen der Ehe erhielten die Lebenspartnerschaften durch Richterrecht, besonders ab 2010 auch die sozialrechtlichen (Familienmitversicherung, Rente), steuerlichen und alle weiteren Privilegien bis hin zur Stiefkindadoption.

Demgegenüber zeigt die gesetzliche Regelung der Prostitution eine andere Entwicklung. Im Vorfeld des Prostitutionsgesetzes von 2002 wurde die selbstständige Entscheidung von Frauen zur Sexarbeit stark betont. Der Gesetzgeber kreierte deshalb den Prostitutionsvertrag als zivil- und strafrechtliche Anspruchsgrundlage. Außerdem konnten sich Prostituierte nun gegen Krankheit und Arbeitslosigkeit versichern und der Rentenversicherung beitreten. Das Strafgesetzbuch wurde hinsichtlich der Zuhälterei entschärft, verbot aber weiterhin Ausbeutung der Prostituierten. Zwischenzeitlich wurde allerdings klar, dass die rot-grüne Regierung der Lobby der besser gestellten Minderheit unter den Sexarbeiterinnen gefolgt war und dabei den offenbar überwiegenden Anteil der Zwangsprostituierten aus den Augen verloren hatte. Tatsächlich förderte das Gesetz nach einer EU-Studie von 2011 den Umfang der Prostitution. So soll der aktuelle Gesetzesentwurf stärker Menschenhandel und Zwangsprostitution einschränken, eher Kontrollen der Stätten der Prostitution zulassen und den Gesundheitsschutz verbessern. Der Freier soll strafbar werden, wenn er eine Zwangslage ausnutzt. Allerdings muss man ihm nachweisen, dass er das erkannt hat [38].

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz versuchte die Regierung 2011 unter anderem bessere Voraussetzungen für die Aufdeckung und Verhinderung von Kindesmissbrauch zu schaffen.

Für die sexuelle *Praxis* ist beachtlich, dass sich der Körper nach der Jahrtausendwende immer mehr zum performativen Objekt entwickelte, den man, wie bereits in den 1990ern, vielfältig modifiziert. So verbreiteten sich Tätowierungen bis in die Mitte der Gesellschaft. Noch stilisieren mehr Männer ihren Körper auf diese Weise, Frauen holen aber auf. Als Ergebnis des neuen Körperkults sollen auch Piercings die sexuelle Attraktivität erhöhen – überwiegend bei Frauen; nur bei Intimpiercings liegen die Männer vorn. Nicht medizinisch indizierte Schönheitsoperationen nehmen auch bei Männern langsam zu [36].

Viagra mag seit 1998 den Sex älterer Männer erleichtert haben. Da es als Lifestyle Produkt auch von Jüngeren eingesetzt wird, kann es als gutes Beispiel für eine pharmazeutisch ermöglichte körperliche Dauerbefähigung zum Sex gelten, die die Bedeutung psychologischer Therapeutisierung des Sex etwas zurückdrängt. Gleichzeitig dürften Viagra und die Nachahmerprodukte eine traditionelle Konstruktion von jederzeit zum Sex bereiter, potenter Männlichkeit verstärkt haben. Auf die (Verhütungs-)Pille für den Mann wartet man auf dem Markt hingegen weiterhin, obwohl sie bereits entwickelt ist.

Aktuelle Befunde zur Entwicklung der praktizierten Sexualität liegen von der BZgA für Ju-

gendliche von 14 bis 25 Jahren aus dem Jahr 2015 vor. Dabei wird zwischen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – definiert als Herkunft, nicht als Staatsangehörigkeit – und Deutschen unterschieden. Mädchen aus Migrantenfamilien müssen häufiger um ihre Freiräume kämpfen und haben, auch aus Angst vor den Eltern, im Durchschnitt später als die deutschen jungen Frauen den ersten Geschlechtsverkehr, unter denen solche Ängste in der Regel nur die Jüngsten belasten. Außerdem möchte gut ein Viertel der Mädchen mit Migrationsgeschichte jungfräulich in die Ehe gehen, Alteingesessene nur zu drei Prozent. Traditioneller mag auch das Männlichkeitsmodell der Jungen mit Migrationsgeschichte sein; den ersten Geschlechtsverkehr haben sie aber etwa ebenso früh wie die Deutschen. Allerdings ist ein Coming-out als Homosexueller für erstere sozial noch schmerzhafter [41]. Verhütung praktizieren Jugendliche aus beiden Milieus immer häufiger schon beim ersten Mal – Migranten etwas seltener. Eltern sind in deutschen Familien anderthalbmal so häufig Ansprechpartner für Verhütungsfragen wie in Migrantenfamilien (mit 63% zu 41% z. B. bei den Mädchen). Lehrerinnen und Lehrer sind für solche Probleme bei Jungen die wichtigsten Adressaten, bei Migrantenkindern ersetzen sie teilweise die weniger ansprechbaren Eltern [40].

Jedenfalls wird Sex in dieser Generation nicht nur bei Verhütungsfragen ausgehandelt. Das verbreitete Horrorszenario zweier Jugendlicher, die im Anblick von Pornovideos aus dem Internet aus lauter Angst vor den Risiken des Sex nur noch mechanisch nebeneinander her masturbieren, sagt weniger über diese Jugendlichen als über die Autoren dieser Karikatur aus: Der vitalistische Lustkörper, der sich nach dem Dampfkesselmodell ohne Technik und Medien nur im gegenseitigen Orgasmus befreien konnte, mag als Konzept tot sein. Demgegenüber prägen Personen das Bild, die autosexuell aktiv sind und/oder sexuelle Praktiken meist in Beziehungen aushandeln und dabei Technik oder Medien nutzen, um Lust, allerdings ohne Befreiungs- oder Identitätsillusionen, zu erleben [36].

## Handlungsempfehlungen

Die Sexualwissenschaft sollte in Deutschland wieder stärker institutionalisert werden. Dazu wären mindestens drei wissenschaftliche Institute, wie es sie bis zum Jahre 2000 gab, angemessen.

### Literatur


1 Eder FX. Kultur der Begierde. Eine Geschichte der Sexualität. 2. Auflage. München: C. H. Beck; 2009.
2 Hohmann J. Geschichte der Sexualwissenschaft in Deutschland 1886–1933: Eine Übersicht. Berlin: Foerster; 1987.
3 Lewandowski S. Die Pornographie der Gesellschaft: Beobachtungen eines populärkulturellen Phänomens. Bielefeld: transcript; 2012.
4 Gloël A. Pornographie und Sexualverhalten: Der Porno als Orientierung und Leistungsdruck im Erleben junger Männer. Hamburg: Diplomica; 2010.
5 Eitler P. Sexualität als Ware und Wahrheit: Körpergeschichte und Konsumgeschichte. In: Haupt HG, Torp C (Hrsg.), Die Konsumgesellschaft in Deutschland 1890–1990: ein Handbuch. Frankfurt/M: Campus; 2009:370–388.
6 Dinges M. Wandel der Herausforderungen an Männer und Männlichkeit in Deutschland seit 1930. In: Weissbach L, Stiehler M (Hrsg.), Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Huber; 2013:31–62.
7 Herzog D. Die Politisierung der Lust: Sexualität in der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts. München: Siedler; 2005.
8 Hoffschildt R. 140.000 Verurteilungen nach »§ 175«. In: Invertito. Jahrbuch für die Geschichte der Homosexualitäten. Hamburg: 2002;4:140–149.
9 Grau G. Lexikon zur Homosexuellenverfolgung 1933–1945. Institutionen, Kompetenzen, Betätigungsfelder. Berlin: Lit-Verlag; 2011.
10 Mühlhäuser R. Eroberungen: sexuelle Gewalttaten und intime Beziehungen deutscher Soldaten in der Sowjetunion 1941–1945. Hamburg: Hamburger Edition; 2010.
11 Goltermann S, Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg. München: DVA; 2009.

12 Biederich PH, Dembicki L. Die Sexualität des Mannes: Darstellung und Kritik des Kinsey-Report. Regensburg: Verlag für Sexualliteratur Decker; 1951.
13 Lutz H. Das Menschenbild der Kinsey-Reporte: Analyse und Kritik der philosophisch-ethischen Voraussetzungen. Stuttgart: Enke; 1957.
14 Mc Laren A. Twentieth-Century Sexuality: A History. Oxford: Wiley-Blackwell; 1999.
15 Grau G. Sozialistische Moral und Homosexualität. In: Grumbach D (Hrsg.), Die Linke und das Laster: Schwule Emanzipation und linke Vorurteile. Hamburg: Männerschwarm; 1995:85–141.
16 Heineman E. Before porn was legal. The erotica empire of Beate Uhse. Chicago: Univ. of Chicago Press, 2011.
17 Steinbacher S. Wie der Sex nach Deutschland kam: der Kampf um Sittlichkeit und Anstand in der frühen Bundesrepublik. München: Siedler; 2011.
18 Falck U. VEB Bordell. Geschichte der Prostitution in der DDR. Berlin: Links; 1998.
19 Bänziger PP, Beljan M, Eder F (Hrsg.). Sexuelle Revolution? Zur Geschichte der Sexualität im deutschsprachigen Raum seit den 1960er Jahren, Bielefeld: transcript; 2015.
20 Penz O. Die Somatisierung von Sex-Appeal. In: Bänziger PP, Beljan M, Eder F (Hrsg.), Sexuelle Revolution? Zur Geschichte der Sexualität im deutschsprachigen Raum seit den 1960er Jahren. Bielefeld: transcript; 2015:285–302.
21 Rückert C. Frauenpornographie. Pornographie von Frauen für Frauen. Frankfurt/M: Lang; 2000.
22 Bänziger PP, Duttweiler S, Sarasin P, Wellmann A (Hrsg.). Fragen Sie Dr. Sex! Ratgeberkommunikation und die mediale Konstruktion des Sexuellen. Frankfurt/M: Suhrkamp; 2010.
23 Wellmann A. Instruktionen für ein sensitives Selbst. Sexualtherapie und Zärtlichkeitsregime um 1980. In: Maasen S, Elberfeld J, Eitler P, Tändler M (Hrsg.), Das beratene Selbst: Zur Genealogie der Therapeutisierung in den »langen« Siebzigern. Bielefeld: Transcript; 2011:185–204.
24 Wellmann A. Beziehungssex. Medien und Beratung im 20. Jahrhundert. Köln: Böhlau; 2012.
25 Wellmann-Stühring A. Silber-Sex. Von der Pathologisierung zur Aktivierung des gealterten Geschlechtskörpers: In: Bänziger PP, Beljan M, Eder F (Hrsg.), Sexuelle Revolution? Zur Geschichte der Sexualität im deutschsprachigen Raum seit den 1960er Jahren, Bielefeld: transcript; 2015:303–322
26 Leo A, König C. Die »Wunschkindpille«: weibliche Erfahrung und staatliche Geburtenpolitik in der DDR. Göttingen: Wallstein; 2015.
27 Silies EM. Liebe, Lust und Last: die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960–1980. Göttingen: Wallstein; 2010.
28 Sigusch, V. Geschichte der Sexualwissenschaft, Frankfurt M: Campus; 2008.
29 Schmidt G. Kinder der sexuellen Revolution. Kontinuität und Wandel studentischer Sexualität 1966–1996; eine empirische Untersuchung. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2000.
30 Starke K, Friedrich W. Liebe und Sexualität bis 30. 4. Auflage. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften; 1989.
31 Schmidt G, Matthiesen S, Dekker A, Starke, K. Spätmoderne Beziehungswelten. Report über Partnerschaft und Sexualität in drei Generationen, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
32 Starke K. Einstellung zur Homosexualität. Empirische (Hetero-)Untersuchungen von 1966–2013. In: Mildenberger F (Hrsg.), Die andere Fakultät. Hamburg: Männerschwarm; 2015:225–244.
33 ohne Verfasser. Aids: Eine Epidemie, die erst beginnt. Der Spiegel 1983; 23:144-163. http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14021779.html [zitiert am 19.05.2016].
34 Fichtner J. Über Männer und Verhütung: der Sinn kontrazeptiver Praxis für Partnerschaftsstile und Geschlechterverhältnis. Münster: Waxmann; 1999.
35 Sigusch, V. Sexualitäten. Frankfurt/M: Campus: 2013.
36 Osswald-Rinner I. Oversexed and underfucked: über die gesellschaftliche Konstruktion der Lust. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
37 Gerheim U. Motive der männlichen Nachfrage nach käuflichem Sex. Aus Politik und Zeitgeschichte 2013;63(9):40–46.
38 Kavemann B, Steffan E. Zehn Jahre Prostitutionsgesetz und die Kontroverse um die Auswirkungen. Aus Politik und Zeitgeschichte. 2013;69(2):9–15.
39 Matthiesen S. Jugendsexualität im Internetzeitalter. Eine qualitative Studie zu sozialen und sexuellen Beziehungen von Jugendlichen. Köln: BZgA; 2013.
40 Bode H, Heßling A. Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2015. http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendendbericht%2001022016%20.pdf [zitiert am 19.05.2016].
41 Bochow M. In oder out? Zur sozialen Situation gleichgeschlechtlich sexuell aktiver Männer aus türkisch-, kurdisch- und arabischstämmigen Familien in Deutschland. In: Mildenberger F (Hrsg.), Die andere Fakultät: Theorie-Geschichte-Gesellschaft, Hamburg: Männerschwarm; 2015:245–260.
42 Berndl Kl, Kruber V. Strafverfolgung homosexueller Männer in SBZ und DDR. In: Invertito. Jahrbuch für die Geschichte der Homosexualitäten. Hamburg: 2010;12: 58–127.

# 1.2 Männliche Sexualität im Digitalzeitalter: Aktuelle Diskurse, Trends und Daten

*Nicola Döring*

**Zusammenfassung**

*Sexuelle Gesundheit* als – bezogen auf die Sexualität – ganzheitliches Wohlbefinden ist ein hochgestecktes Ziel für Individuen und Gesellschaft gleichermaßen: Denn nicht nur gilt es, diverse sexuelle Probleme zu erkennen und zu bekämpfen, sondern auch die vielfältigen positiven Potenziale des Sexuellen zu identifizieren und zu fördern. Mit Blick speziell auf die *sexuelle Gesundheit von Männern* behandelt der Beitrag *sieben zentrale Problembereiche:* 1. sexuelle Gewalt, 2. sexuell übertragbare Infektionen und Krankheiten, 3. ungeplante Zeugung, 4. sexuelle Funktionsstörungen, 5. sexuelle Marginalisierung, 6.-si-nbsp--sexuelle Verunsicherung und 7. sexuellen Mangel. Diesen Problemfeldern werden *acht positive Aspekte männlicher Sexualität* gegenübergestellt: 1. sexuelle Lust, 2. zwischenmenschliche Nähe und Bindung, 3. Spiritualität, 4. Vaterschaft, 5. Identitätsbestätigung, 6. sexuelle Kompetenz, 7. sexuelle Zufriedenheit sowie 8. körperliche und psychische Gesundheitsvorteile sexueller Aktivität. Je weniger Männer in Deutschland von den genannten sexuellen Problemen betroffen sind und je stärker die positiven Aspekte in ihrem Sexualleben ausgeprägt sind, desto besser sollte es definitionsgemäß um ihre sexuelle Gesundheit bestellt sein.

Obwohl das wissenschaftliche Interesse an männlicher Sexualität in den letzten Dekaden gewachsen ist, muss der *aktuelle Forschungsstand* als lückenhaft bezeichnet werden: Zu vielen negativen wie positiven Aspekten der Sexualitäten von Männern in Deutschland liegen keine empirischen Daten vor. Hinsichtlich *gesellschaftlicher Trends* wie der zunehmenden Individualisierung, Kommerzialisierung, Medikalisierung und vor allem Digitalisierung der Sexualität herrscht oft Unsicherheit: Wo liegen Chancen und Risiken, und wie ausgeprägt sind sie? Schließlich ist festzustellen, dass männliche Sexualität in *öffentlichen Diskursen* oft entweder dämonisierend oder glorifizierend, zumindest aber stereotypisiert dargestellt wird. Ein fortgesetzter, möglichst evidenzbasierter Erkenntnisprozess über die sexuelle Gesundheit von Männern scheint vor diesem Hintergrund notwendig und hilfreich. Der Beitrag endet mit *Handlungsempfehlungen zur Förderung der sexuellen Gesundheit von Männern*, die sich an Wissenschaft, Gesundheits- und Bildungssystem, Medien und Politik richten. Ausgewählte *Praxisbeispiele und Online-Materialien* runden die Darstellung ab.

**Summary: Male Sexuality in the Digital Age: Current Debates, Trends and Data**

Sexual health as a comprehensive concept of well-being in relation to sexuality, is an amibitous goal for individuals and society alike: Not only is it necessary to recognize and solve a variety of sexual problems, but also to identify and foster the diverse, potentially positive aspects of sexuality. Focusing specifically on the sexual health of men, this chapter deals with seven main problem areas: 1. sexual violence, 2. sexually-transmitted infections and diseases, 3. unplanned procreation, 4. sexual dysfunctions, 5. sexual marginalization, 6. sexual insecurity, and 7. sexual deficit. These problem areas are

complemented by eight positive aspects of male sexuality: 1. sexual pleasure, 2. interpersonal closeness and attachment, 3. spirituality, 4. fatherhood, 5. identity validation, 6. sexual competence, 7. sexual satisfaction, and 8. physical and mental health benefits of sexual activity. The less men in Germany are affected by the aforementioned sexual problems, and the more positive aspects their sexual lives provide, the better – by definition – is their sexual health.

Although scientific interest in male sexuality has been rising in recent decades, the current state of research is still fragmentary: For many negative and positive aspects of male sexuality in Germany there is no empirical data available. Societal trends like the individualization, commercialization, medicalization and above all the digitalization of sexuality are difficult to evaluate: What opportunities and challenges do they present, and how influential are they? In public debates, male sexuality is often either demonized or glorified, and nearly always represented stereotypically. Against this backdrop, a continued evidence-based analysis of the sexual health of men seems necessary and beneficial. The chapter ends with practical recommendations for science, health and education systems, media and politics. Selected practical examples and online materials complete the treatment of this topic.

---

## Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation definiert *sexuelle Gesundheit* als »Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität« [1]. Damit sich ein solch umfassendes sexuelles Wohlbefinden bei Männern einstellt, reicht es nicht, dass *negative Aspekte der Sexualität* wie sexuelle Gewalt, sexuell übertragbare Krankheiten oder Leidensdruck durch sexuelle Funktionsstörungen weitgehend ausgeschlossen sind. Vielmehr sollten für Männer (sofern sie nicht selbstgewählt asexuell leben) auch ausdrücklich *positive Erfahrungen* mit ihrem Sexualleben verknüpft sein, etwa sexuelle Lust, zwischenmenschliche Nähe und Bindung sowie sexuelle Zufriedenheit. Wie ist vor diesem Hintergrund die sexuelle Gesundheit von Männern in Deutschland gegenwärtig einzuschätzen? Wie stellen sich negative und positive Aspekte ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens aktuell im Einzelnen dar?

Der Beitrag nähert sich diesen grundlegenden Fragen auf Basis des *aktuellen Forschungsstandes*, wobei Theorien und Befunde aus verschiedenen Fachdisziplinen eingehen. Besonderes Augenmerk liegt zudem darauf, wie männliche Sexualität heute in *öffentlichen Diskursen* verhandelt wird und welche *gesellschaftlichen Trends* – von der Individualisierung über die Kommerzialisierung bis zur Medikalisierung – auf sie einwirken. Eine wichtige Rolle unter den sexuellen Veränderungstrends spielt die im 21. Jahrhundert weiter fortschreitende *Digitalisierung:* In Deutschland und in vielen anderen Ländern gestalten Männer ihre Sexualitäten zunehmend unter Rückgriff auf historisch neue *Online-Aktivitäten*. Sei es der Zugriff auf Online-Pornografie, der Online-Handel mit Sexprodukten und sexuellen Dienstleistungen oder die Online-Suche nach Sexualpartnern.

Die Darstellung negativer wie positiver Aspekte zeitgenössischer männlicher Sexualität auf der Basis aktueller öffentlicher Diskurse, gesellschaftlicher Trends und wissenschaftlicher Daten mündet in praktische *Handlungsempfehlungen* zur Förderung der sexuellen Gesundheit von Männern in Deutschland.

## Vier Prämissen zum Verständnis zeitgenössischer männlicher Sexualität

Sexualität – insbesondere männliche Sexualität – ist ein ideologisch kontroverser Untersuchungsgegenstand, der oft einseitig be-

trachtet wird. Vorab seien deswegen vier theoretisch und empirisch begründete Prämissen zum Verständnis zeitgenössischer männlicher Sexualität zusammengefasst, die auf eine *ausgewogene Analyse* abzielen und der folgenden Abhandlung zugrunde liegen. Diese *vier Prämissen* beziehen sich auf das Verständnis von 1. Sexualität, 2. Männlichkeit, 3. Geschlechtsunterschieden und 4. gesellschaftlichen Veränderungen der Sexualität.

### Negative und positive Aspekte von Sexualität

Sexualität ist ein komplexes bio-psycho-soziales Phänomen [2], das aus objektiver wie subjektiver Sicht sowohl destruktive, gesundheitsbeeinträchtigende, als auch konstruktive, gesundheitsförderliche Aspekte beinhaltet. In Sexualforschung, Sexualmedizin und Sexualpädagogik überwiegt bislang ein einseitig risiko- und defizitorientierter, *pathogenetischer* Blick auf Sexualität, der auch als *sexnegativ* bezeichnet wird. Erst in den letzten Jahren wird häufiger eine lust- und ressourcenorientierte, *salutogenetische* Perspektive auf Sexualität eingenommen, wobei unter Rückbezug auf das Forschungsparadigma der *Positiven Psychologie* jetzt oft das Schlagwort *Positive Sexualität* bzw. *sexpositiv* verwendet wird [3–4].

Für eine ausgewogene Gesamtschau männlicher Sexualität ist es somit notwendig, negative *und* positive Aspekte von Sexualität angemessen einzubeziehen sowie auch *ambivalente* Erfahrungen und Effekte anzuerkennen (z. B. wenn lustvolles sexuelles Erleben mit sexuellem Risikoverhalten wie unsicheren Sexualpraktiken einhergeht). Aus sexpositiver Perspektive kann der möglichst vollständige Ausschluss aller sexuellen Risiken nicht das Ziel sexueller Gesundheitsförderung sein. Denn dies würde letztlich auf weitgehende Abstinenzforderungen und einen Verzicht auf positive Gesundheitseffekte befriedigender Sexualität hinauslaufen. Vielmehr geht es um die Frage nach der individuell, interpersonal und situativ angemessenen *Balance* zwischen gesundheitsförderlicher Vermeidung sexueller Risiken einerseits und gesundheitsförderlicher Suche nach sexueller Lust und Befriedigung andererseits [5].

### Negative und positive Aspekte von Männlichkeit

Unter Männlichkeit bzw. Maskulinität verstehen wir die Gesamtheit der Merkmale und Verhaltensweisen, die man Männern als geschlechtstypisch zuschreibt bzw. die von ihnen, den sozialen Geschlechterrollen gemäß, erwartet werden [6]. Männlichkeit ist (ebenso wie Sexualität) ein komplexes bio-psychosoziales Phänomen, das sowohl destruktive, gesundheitsbeeinträchtigende als auch konstruktive, gesundheitsförderliche Aspekte beinhaltet. In Soziologie, Psychologie, Gender- und Gesundheitsforschung überwiegt bislang ein einseitig risikozentrierter, negativer Blick auf Männlichkeit: Tradierte Geschlechterrollen verlangen demnach von »richtigen Männern«, dass sie sich im Sinne *hegemonialer Männlichkeit* [7] stets über ihre Abgrenzung und Dominanz gegenüber »Nicht-Männern« behaupten und beweisen müssen. Dies wiederum zieht diverse Gesundheitsrisiken nach sich, wie zum Beispiel Aggressivität und Gewalt gegenüber Frauen und anderen Männern sowie Vermeidung von menschlichen Eigenschaften und Verhaltensweisen, welche feminin konnotiert sind (z. B. emotionale Offenheit, Gesundheitsvorsorge). Das *Gender Role Strain Paradigm* [8] betont, dass Jungen und Männer bis heute stark unter Druck stehen, sich an der tradierten männlichen Geschlechterrolle zu orientieren (auch wenn diese widersprüchlich und oft unerfüllbar ist), und dass dies negative gesundheitliche und sonstige Folgen für sie hat.

In den letzten Jahren mehren sich im Kontext der (u. a. von der politischen Männerbe-

wegung inspirierten) Männerforschung solche Ansätze, die positive Aspekte von Männlichkeit betonen. Dabei hebt eine Strömung darauf ab, dass traditionelle Männlichkeitsideale zu Unrecht pauschal abgewertet werden, da sie durchaus viele prosoziale und gesundheitsförderliche Potenziale besitzen. Das *Positive Psychology Positive-Masculinity Paradigm* [9] postuliert eine Reihe von maskulin konnotierten menschlichen Stärken und Tugenden (z. B. Autonomie, Mut), die zum Wohlbefinden von Männern selbst und Dritten beitragen können. Das Paradigma geht davon aus, dass es für zeitgenössische Männer gesundheitsförderlich ist, eine starke maskuline Identität zu entwickeln, damit sie nicht unter Identitätsverunsicherung oder einer Krise ihrer Männlichkeit leiden. Die Rückbesinnung auf ausdrücklich maskuline Männlichkeitsideale wird dabei oft essenzialistisch begründet, als Anknüpfung an die »wahre« männliche Natur. Die neue *positive Männlichkeit* soll in Abgrenzung zur destruktiven hegemonialen Maskulinität jedoch ethisch orientiert sein, also ausdrücklich »nobel«, »ritterlich«, »heldenhaft«.

Eine andere Strömung dagegen betont, dass sich zeitgenössische Männlichkeitsideale von tradierter männlicher Überlegenheit und Stärke zunehmend entfernen und vormals als »weich«, »weiblich« oder »schwul« abgelehnte Eigenschaften und Verhaltensweisen (z. B. Fürsorglichkeit und Zärtlichkeit in der Kindererziehung, Partnerschaftlichkeit in heterosexuellen Paarbeziehungen, Intimität in Männerfreundschaften) bei Männern heute zunehmend als normal angesehen werden. Es ist von *inklusiver Männlichkeit* [10] oder *balancierter Männlichkeit* [11] die Rede sowie von *straight-queeren Männlichkeiten* [12]. Diese Strömung fokussiert auf die Überwindung einengender Geschlechterrollen, indem Männern das gesamte menschliche Verhaltensspektrum als flexibel zur Verfügung stehend zugesprochen wird. Eine solche Freisetzung aus der tradiert maskulinen Männerrolle erfolgt langsam und wird von vielen Männern offenbar nicht als Krise ihrer Männlichkeit erlebt, sondern eher als pragmatischer Zugewinn an Handlungsmöglichkeiten und als Entlastung von dem Druck, als Mann ständig betont »männlich« agieren zu müssen [6].

Für eine ausgewogene Gesamtschau männlicher Sexualität ist beim aktuellen Diskussionsstand genau zu eruieren, welche Männlichkeitsideale bzw. welche männlichen Geschlechterrollen und Geschlechtsidentitäten im Sinne des *sozialen Geschlechts* (siehe nächsten Abschnitt) in welchen Bevölkerungsgruppen im Kontext von Sexualität heute überhaupt die Norm darstellen. Weiterhin ist dann zu betrachten, welche negativen *und* positiven Aspekte die jeweilige Männlichkeitsideologie mit sich bringt, wobei *ambivalente* Effekte einzubeziehen sind (siehe Kasten).

**Männlichkeitsideale und Gesundheit: Von der Metrosexualität zur Spornosexualität**

Das *tradierte Geschlechterverständnis* (»Männer sind das starke Geschlecht. Frauen sind das schöne Geschlecht.«) setzt Männer unter gesundheitsbeeinträchtigenden *Leistungsdruck*, entlastet sie aber gleichzeitig von gesundheitsbeeinträchtigendem *Schönheitsdruck:* So entwickeln Jungen und Männer im Durchschnitt ein positiveres Körperselbstbild als Mädchen und Frauen, was im Kontext sexueller Gesundheit eine Ressource für Lustgewinn darstellt.

Welche positiven, negativen bzw. ambivalenten Folgen hat es nun, wenn neuere Männlichkeitsideale wie die *inklusive* oder die *straight-queere Männlichkeit* ein »gutes« – sprich: gepflegtes, gestyltes, jugendliches, schlankes, trainiertes – Aussehen stärker als Bestandteil der zeitgenössischen Männerrolle definieren? Der Journalist Mark Simpson beschrieb 1994 das neue Schönheitsideal des *metrosexu-*

*ellen Mannes*, der heterosexuell identifiziert ist und sich dennoch stark mit Mode und Kosmetik befasst. Rund 20 Jahre später diagnostiziert er jetzt das zeitgenössische Ideal des *spornosexuellen Mannes*, der durch hartes Muskeltraining den Körper eines Athleten oder Pornodarstellers anstrebt und sich am liebsten »shirtless« präsentiert, um seinen »Sixpack« zu zeigen [13].

Begünstigt ein solcher Wandel der Männerrolle eine gesündere Lebensführung (bewusstere Ernährung, mehr Sport) und/oder wird gesundheitsschädigender Schönheitsdruck (mit Effekten wie Körperbild- und Essstörungen, Steroid-Missbrauch, Schönheitsoperationen) nun auch verstärkt bei Jungen und Männern erzeugt?

Die Auseinandersetzung mit Männlichkeitsidealen muss schließlich auch ideologiekritisch erfolgen und in den gesellschaftlichen Kontext eingebettet werden: Welchen empirischen Gehalt und welche politischen Implikationen hat zum Beispiel die populäre These von der angeblichen männlichen Identitätskrise durch feministische Gleichstellungsbestrebungen? Muss nicht männliche Verunsicherung durch den Verlust angestammter Privilegien und Rollen heute viel stärker im Zusammenhang von Globalisierungsfolgen, Arbeitsmarkt- und Finanzkrisen diskutiert werden [6,14]?

### Sexuelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern

Fragen der sexuellen Gesundheit *geschlechterdifferent* zu behandeln – wie es auch der vorliegende, auf männliche Sexualität fokussierte Beitrag tut – ist notwendig, um die geschlechtsspezifischen Besonderheiten und Anliegen herauszuarbeiten, seien sie biologisch und/oder psycho-sozial bzw. kulturell bedingt [15–16]: So ist etwa gut belegt, dass Männer sich im Durchschnitt in der Gesamtgesundheit (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) von Frauen deutlich unterscheiden und sich dies unter anderem auf die Sexualität auswirkt. Zudem existieren bei sexualbezogenen Problemen wie sexuellen Funktionsstörungen oder sexueller Gewalt große Geschlechterdifferenzen. Auch im alltäglichen sexuellen Erleben und Verhalten sind teilweise starke Geschlechtseffekte nachgewiesen (z. B. hinsichtlich Masturbation). Männliche Sexualität sollte dennoch nicht einseitig anhand ihrer *Unterschiede* gegenüber weiblicher Sexualität charakterisiert werden. Vielmehr sind für eine evidenzbasierte Betrachtung auch die vielfach belegten *Ähnlichkeiten* bzw. Gemeinsamkeiten mit weiblicher Sexualität einzubeziehen [17].

Darüber hinaus sollte jede Untersuchung, die das *Konstrukt »Geschlecht«* als entscheidenden Einflussfaktor auf die sexuelle Gesundheit von Menschen betrachtet, theoriebasiert mitbedenken, ob und inwiefern es im Kontext der jeweiligen Fragestellung gerechtfertigt erscheint, Menschen in »Männer« und »Frauen« bzw. in nur zwei biologische Geschlechter (engl. »sex«) oder nur zwei soziale Geschlechter (engl. »gender«) im Sinne maskuliner und femininer sozialer Geschlechterrollen und Identitäten einzuteilen (siehe vorherigen Abschnitt). Die *Vielfalt der Geschlechter jenseits von Zweigeschlechtlichkeit* (zur Trans-Männlichkeit siehe Kapitel 3.4, zur Intergeschlechtlichkeit siehe Kapitel 3.5) gilt es ebenso zu berücksichtigen wie die große *Variabilität innerhalb der jeweiligen Geschlechtsgruppen* (z. B. sexuelle Differenzen *zwischen* Männern in Abhängigkeit von Alter, Religion oder Schicht, siehe hierzu Kapitel 3.1 und 3.2). Andernfalls werden binäre Geschlechterstereotype weiter verfestigt [18].

Vor diesem Hintergrund ist »männliche Sexualität« als ein grobes *Arbeitskonzept* aufzufassen, dessen theoretische und methodische Grundlagen stets hinterfragt und be-

gründet werden müssen, wenn man eine *gendersensible Perspektive* anstrebt. Sexuelle Geschlechterdifferenzen zwischen »den Männern« und »den Frauen« klischeehaft zu überhöhen oder gar vorschnell als biologische Gesetzmäßigkeiten festzuschreiben (wie das öffentlichkeitswirksam teilweise im Kontext der an Autorität gewinnenden neurowissenschaftlichen Forschung geschieht, [19]), ist nicht »gendersensibel«. Ebenso wenig ist es »gendersensibel«, die Existenz oder Bedeutung von Geschlechterdifferenzen pauschal zu negieren (wie das – ebenfalls sehr öffentlichkeitswirksam – teilweise im Kontext der Auseinandersetzung mit Gewalt in heterosexuellen Paarbeziehungen geschehen ist, [20]). Eine gendersensible Analyse verlangt es, das »Geschlecht« als Konstrukt theoretisch zu reflektieren, Unterschiede *und* Gemeinsamkeiten zwischen Geschlechtern gleichermaßen einzubeziehen sowie kritisch zu untersuchen, wie die jeweiligen Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Forschungsprozess sowie in öffentlichen Diskursen zustande kommen und welche Bedeutung ihnen in der Praxis zugeschrieben wird.

### Risiken und Chancen gesellschaftlicher Veränderungen von Sexualität

Zeitgenössische Veränderungen der Sexualität im Zuge gesellschaftlichen und technologischen Wandels bergen in der Regel sowohl Risiken als auch Chancen – wobei diese oft Hand in Hand gehen. Einseitig pessimistische oder optimistische Sichtweisen auf gesellschaftlichen und technologischen Wandel sind zugunsten einer differenzierten Betrachtung zu vermeiden, die auch *ambivalente Effekte* und *gegenläufige Entwicklungen* in Betracht zieht. So birgt der anhaltende Trend zur Individualisierung und Pluralisierung sexueller Identitäten und Lebensstile die Chance besserer Inklusion sexueller Vielfalt und gesteigerter Selbstakzeptanz. Gleichzeitig kann sich die Lockerung eindeutiger sexualmoralischer Vorgaben in gesteigerter Verunsicherung, Orientierungslosigkeit und verstärkter Ausgrenzung sexueller Minoritäten (z. B. Re-Moralisierung des Sexualstrafrechts) niederschlagen. Ebenso können die neuen Online-Optionen der Sexualpartnersuche dazu beitragen, dass Menschen leichter befriedigende sexuelle Kontakte finden. Gleichzeitig können Online-Dating-Portale und Dating-Apps eine Warenmentalität gegenüber Sexualpartnern begünstigen und durch die ständige Suche nach dem vermeintlich besseren Partner die Stabilität und Qualität bestehender Paarbeziehungen beeinträchtigen.

Die Beschreibung und Analyse gesellschaftlicher Veränderungen von männlicher und weiblicher Sexualität muss heutzutage die Nutzung digitaler Medien einbeziehen, ohne jedoch vorschnell und technikdeterministisch »das Internet« als Hauptursache sexuellen Wandels festzuschreiben oder von nur einer bestimmten (negativen oder positiven) Wirkrichtung der Digitalisierung auf die Sexualität auszugehen [21].

## Drei Zugangswege zur zeitgenössischen männlichen Sexualität

Bevor wir uns den gesundheitsrelevanten negativen wie positiven Aspekten männlicher Sexualität im Einzelnen zuwenden, ist noch zu klären, 1. welches Bild der männlichen Sexualität in der Öffentlichkeit heute vorherrscht, 2. welchen gesellschaftlichen Veränderungstrends sie folgt und 3. welche wissenschaftlichen Erkenntnisse über sie bislang vorliegen.

### Öffentliche Diskurse über männliche Sexualität

Männliche Sexualität wird in den letzten zwei Dekaden im Zuge einer generellen *Sexualisierung und Pornografisierung der Medienland-*

*schaft* häufiger und expliziter öffentlich thematisiert [22]. Die Art und Weise, wie das jeweils getan wird, beeinflusst unser Verständnis von und unseren praktischen/gesellschaftlichen Umgang mit männlicher Sexualität (z. B. können öffentliche Debatten über eine einzelne Sexualstraftat Veränderungen im Strafrecht nach sich ziehen). Systematische Gesamtanalysen zu den Fragen, wer heutzutage wie in welcher Diskursarena (z. B. massenmediale Berichterstattung, fiktionale Unterhaltungsmedien, Ratgeberliteratur, Soziale Medien) männliche Sexualität beschreibt und bewertet und welche Folgen dies hat, stehen bislang weitgehend aus. Soziologische, kriminologische, literatur- und kommunikationswissenschaftliche Einzelanalysen zu ausgewählten Medientypen oder -inhalten liegen jedoch vor. Dabei wird deutlich, dass männliche Sexualität (wie Sexualität allgemein) in der öffentlichen bzw. medialen Kommunikation sehr verzerrt und realitätsfremd repräsentiert ist – scheinbar oft entweder *dämonisierend* oder *glorifizierend*, zumindest aber *stereotypisierend*.

### *Dämonisierung männlicher Sexualität?*

Den größten Raum in der *massenmedialen Berichterstattung* in Presse, Hörfunk und Fernsehen nehmen im Hinblick auf männliche Sexualität *sexuelle Skandale von Prominenten* (z. B. aufgedeckte Seitensprünge, Prostituiertenbesuche, Sexpartys) sowie *Sexualstraftaten* (Vergewaltigung, Kindesmissbrauch, Kinderpornografie usw.) ein. Haben wir es hier also mit einer Dämonisierung männlicher Sexualität zu tun? Erscheinen Männer in der Öffentlichkeit nur noch als »geil« oder »gewalttätig« [23, S. 237]? Stehen sie als »Triebtäter« alle unter »Generalverdacht«? Und liegt das am »Feminismus«? So populär derartige Thesen neuerdings geworden sind, so sind sie doch zu hinterfragen.

Vier empirisch gut belegte Merkmale der Berichterstattung sprechen gegen diese Vermutungen: Erstens sind sexuelle Skandale und Sexualstraftaten von Männern in allen Mainstream-Medien gut sichtbar – und zwar ganz unabhängig von deren politischer Ausrichtung (so ist z. B. der *Bild*-Zeitung sicher keine feministische Agenda zu unterstellen). Zweitens wird die Verantwortung für Sexualstraftaten bis heute oft den überwiegend weiblichen Opfern zugeschrieben. Drittens wird über sexuelle Gewalttaten von Männern nicht umfassend, sondern oft nur anhand ausgewählter, möglichst spektakulärer Einzelfälle berichtet. Viertens wird die Täterschaft meist nur speziellen, ohnehin marginalisierten Teilgruppen von Männern (»Fremden«, »Perversen«, »Pädophilen«, »Kriminellen«) zugeschrieben. Im Ergebnis beteiligt sich die Berichterstattung also vor allem an der *Mythenbildung über sexuelle Gewalt* [24].

Bei sexuellen Skandalen und Sexualstraftaten von Männern handelt es sich um stark emotionalisierende Themen mit *hohem Nachrichtenwert*. Sie generieren zuverlässig viel Aufmerksamkeit und Anschlusskommunikation, sorgen somit durch hohe Auflagen, Quoten und Klickzahlen für entsprechende Umsätze bei den Medienunternehmen. Entgegen der These von der *pauschalen* Dämonisierung von Männern und ihrer Sexualität bietet der fortwährende mediale Diskurs über immer neue empörende und schockierende *Einzelfälle* männlicher sexueller Normverletzung der Mehrzahl der Männer die Möglichkeit, sich durch *kollektive, öffentliche Ächtung* dieser dämonisierend dargestellten Einzelfälle selbst als normal und moralisch einwandfrei zu positionieren, ohne das eigene Verhalten hinterfragen zu müssen.

### *Glorifizierung männlicher Sexualität?*

Während die nicht-fiktionalen Nachrichtenmedien oft sexuelle Skandale und Sexualstraftaten von bestimmten Männern und deren moralische Verurteilung behandeln, präsentieren fiktionale Unterhaltungsmedien (Kinofilme, TV-Serien, Pornovideos, Romane, Games, Werbeanzeigen, Musikstücke usw.) vor allem tradierte Idealbilder männlicher Sexua-

lität: Männliche Medienhelden zeigen sich körperlich meist stark, attraktiv, leistungsfähig und potent. Sie machen mühelos sexuelle »Eroberungen« und können über eine große Zahl von Frauen sexuell frei »verfügen«. Ihr Sex verläuft dabei stets vollkommen unreflektiert – Fragen von Einvernehmen, Verhütung oder Safer Sex spielen keine Rolle. Bekräftigen Unterhaltungsmedien also das Klischee, dass »echte Männer« sexuell problemlos »immer können und wollen«? Und unterstützen sie durch diese *glorifizierende Darstellung* womöglich ein bindungs- und verantwortungsloses sowie leistungsorientiertes Sexualverhalten von Männern?

Derartige Vermutungen einer *starken negativen Medienwirkung* auf das tatsächliche Sexualverhalten und Geschlechterverhältnis sind in verschiedener Hinsicht zu relativieren [22]:

- *Medien-Inhalte* sind heterogen und teilweise klischee-konträr (z. B. wenn manche Porno-Labels nur Safer Sex zeigen).
- *Medien-Rezeption* erfolgt selektiv (z. B. sind heterosexuelle männliche Pornografie-Konsumenten mit ganz anderen sexuellen Skripts konfrontiert, je nachdem, ob und wie oft sie sich welche männerorientierte Mainstream-Pornografie, Paar-Pornografie, Amateur-Pornografie und/oder von Frauen produzierte bzw. feministische Pornografie anschauen).
- *Medien-Wirkungen* sind von der Interpretation abhängig (z. B. können klischeehafte sexuelle Darstellungen zu Unterhaltungszwecken genossen, gleichzeitig als unrealistische Fiktion bzw. Fantasie erkannt und somit als Maßstab für eigenes Handeln verworfen werden).
- *Sexuelle Normen und Werte* werden nicht nur durch Medien, sondern maßgeblich auch durch andere Einflüsse wie Elternhaus, Schule, Peers und Paarbeziehungen vermittelt.
- *Sexuelle Orientierungen und Präferenzen* (z. B. die sozio-sexuelle Orientierung auf verbindlichen oder unverbindlichen Sex) sind als persönliche Dispositionen durch viele Faktoren beeinflusst und nicht einfach von Medienvorbildern geprägt.

Völlig risikolos sind glorifizierende Mediendarstellungen männlicher Sexualität dennoch nicht. Gesundheitliche Gefährdung bergen sie vor allem, wenn sie auf entsprechende *Prädispositionen* treffen:

- Männliche Jugendliche, die zu sexuellem Risikoverhalten (z. B. ungeschütztem, unverbindlichem Sex) neigen, können durch ihre verstärkte Rezeption sexuell expliziter Medieninhalte in ihrem *Risikoverhalten* bestärkt werden.
- Sexuell aggressive Männer können durch ihre verstärkte Rezeption sexuell gewalthaltiger Medieninhalte in ihrer *sexuellen Aggressivität und Frauenfeindlichkeit* bestätigt werden.
- Unsichere Männer können durch ihre sozial vergleichende Rezeption sexueller Medieninhalte in ihrem *sexuellen und körperlichen Selbstkonzept* weiter verunsichert werden.

Falsche Medienvorbilder zu problematisieren ist somit wichtig. Allerdings darf nicht von simplen Reiz-Reaktions-Mechanismen ausgegangen werden. Die Wirkungsmacht oder Wirkungslosigkeit fragwürdiger medialer Idealbilder männlicher Sexualität hängen von vielen Faktoren ab.

### *Stereotypisierung männlicher Sexualität?*

Mediale Repräsentationen männlicher Sexualität, die sich als eindeutig dämonisierend oder glorifizierend charakterisieren lassen, stellen Extreme dar. Dazwischen bewegen sich zahlreiche nicht-fiktionale wie fiktionale Darstellungen männlicher Sexualität, die mehr oder weniger stark *stereotypisieren*, indem sie an tradierte Männlichkeitsideologien anknüpfen und/oder indem sie sexuelle Geschlechtsunterschiede überspitzen und die Vielfalt männlicher Sexualitäten negie-

ren. Die Frage, wie verbreitet stereotypisierende Darstellungen männlicher Sexualität in der Öffentlichkeit heute sind und auf welche Reaktionen (z. B. zustimmend oder ablehnend) sie beim Publikum stoßen, ist schwer zu beantworten. Denn in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit derartigen Medieninhalten und den mit ihnen verbundenen Rezeptions- und Wirkungsweisen werden zwei konträre Perspektiven eingenommen:

- Die *klassische medienkritische Perspektive* betont, dass stereotype Darstellungen männlicher Sexualität auch im 21. Jahrhundert fortwährend reproduziert werden. Aktuelle Analysen von Schulbüchern, Werbeanzeigen, Songtexten, Sportsendungen usw. zeigen, dass Männer recht durchgängig als potente, machtvolle Sexsubjekte, Frauen dagegen als untergeordnete Sexobjekte inszeniert werden. Dies zeigt sich nicht nur in den Massenmedien, sondern im Social-Media-Zeitalter auch in den öffentlich kursierenden selbstproduzierten Medienhalten, zum Beispiel den Selfies, den fotografischen Selbstportraits [25]. Selbst dort, wo der spornosexuelle Mann leicht bekleidet und sexualisiert dargestellt wird, bleiben stereotype Machtasymmetrien in der Regel erhalten: Der männliche Akt wird zwar heute öfter »Objekt eines Blicks«, bleibt dabei aber »Subjekt (s)einer eigenen Handlung« [26, S. 131].
- Die *optimistische Perspektive* dagegen stellt durchgängige Stereotypisierung infrage und bemüht sich darum, die existierenden innovativen und stereotyp-konträren medialen Darstellungen männlicher Sexualitäten zu identifizieren und zu analysieren. Seien es Mainstream-Filme, die Intergeschlechtlichkeit oder Trans-Männlichkeit thematisieren, männliche YouTube-Stars mit Millionenpublikum, die sich als schwul outen, oder TV-Serien mit beliebten männlichen Antihelden (z. B. dem weitgehend asexuellen Physiker Sheldon Cooper in »The Big Bang Theory«).

In der Gesamtbilanz bleibt festzuhalten, dass Schlagworte wie »Dämonisierung«, »Glorifizierung« oder »Stereotypisierung« jeweils einzeln zu kurz greifen, um abzubilden, welches Image die männliche Sexualität heute in der Öffentlichkeit hat. Dafür sind die öffentlichen Diskurse zu vielfältig und vielschichtig – zu jedem Diskurs existiert auch mindestens ein Gegendiskurs. Aussagen über die öffentliche Wahrnehmung und Bewertung männlicher Sexualität müssen somit sehr viel differenzierter getroffen werden als das bislang gängig ist.

## Gesellschaftliche Trends in der männlichen Sexualität

Diverse *gesellschaftliche Verhältnisse* können auf das Sexualleben Einfluss nehmen, indem sie bestimmte sexuelle Verhaltensweisen einschränken (z. B. Verbot von männlicher Homosexualität durch religiöse und strafrechtliche Normen in vielen Ländern) und/oder indem sie bestimmte sexuelle Verhaltensweisen ermöglichen und fördern (z. B. erleichterter Zugang zu Pornografie und Prostitution weltweit durch das Internet).

Eine umfassende Analyse *sexueller Trends der Gegenwart* würde es erfordern, zunächst alle einschlägigen gesellschaftlichen Veränderungstrends systematisch zu erfassen und diese dann theoretisch und empirisch fundiert mit dem sexuellen Verhalten und Erleben unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen in verschiedenen Ländern in Beziehung zu setzen. Eine derartige soziologische und kulturwissenschaftliche Gesamtanalyse steht weitgehend aus. Es existieren jedoch partielle Trendbeschreibungen für einzelne Dekaden und Länder (z. B. sexueller Wandel in Deutschland seit den 1960er Jahren [23, 27], sowie Analysen einzelner Trends (z. B. Medikalisierung der Sexualität). Um die aktuelle Situation in Deutschland zu kennzeichnen, sind vor allem vier sexuelle Trends wichtig: 1. Liberalisierung und Individualisierung, 2. Kommerzia-

lisierung, 3. Medikalisierung und 4. Digitalisierung. Dabei sind all diese Trends untereinander verknüpft und weder einheitlich positiv noch einheitlich negativ zu bewerten.

### *Liberalisierung und Individualisierung von Sexualität*

Relativ einhellig wird beschrieben, dass im zunehmend säkularisierten Nachkriegsdeutschland die *christliche Sexualmoral* ihren Einfluss verloren hat: Ihre Verbote von vor- und außerehelichem Sex, von Kondomen, Masturbation und Homosexualität wurden und werden von immer größeren Bevölkerungsgruppen ignoriert [23]. In der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) war es das sozialistische Menschenbild, in der alten Bundesrepublik Deutschland (BRD) die sogenannte »sexuelle Revolution« der 1968er Jahre, welche die traditionelle religiöse Sexualmoral grundlegend ablehnten. An ihre Stelle ist heute eine *liberale sexuelle Verhandlungsmoral* getreten, der gemäß es den Beteiligten obliegt, über ihre sexuellen Aktivitäten selbst zu entscheiden, solange sie niemandem schaden und sich bei Partnersex einvernehmlich einigen [28]. Der hohe Selbstbestimmungsanspruch, der in spät- oder postmodernen Gesellschaften eine *Individualisierung und Pluralisierung von Lebensmodellen* nach sich zieht, ergreift somit auch die Sphäre von Sexualität und Liebe. Diverse Varianten von Beziehungs- und Sexualitätsmodellen sind heute rechtlich möglich, sozial prinzipiell anerkannt und medial sichtbar: Neben der monogamen heterosexuellen Paarbeziehung und Kleinfamilie sehen wir verschiedene Formen von Ein-Eltern-, Patchwork- und Regenbogen-Familien, von homo-, bi-, pan- oder asexuellen Lebensweisen und unterschiedliche Formen einvernehmlicher Nicht-Monogamie.

Während die einen heute beklagen, dass die bisherige Liberalisierung faktisch noch nicht ausreicht und weiter vorangetrieben werden sollte, weil sexuelle Ausdrucksformen und Lebensmodelle jenseits des Mainstreams noch immer rechtlicher Benachteiligung und sozialer Diskriminierung unterliegen, beklagen die anderen, dass die heterosexuelle Ehe als normatives Lebensmodell inzwischen zu stark an Wert verloren hätte. Ein Beispiel für die Aktualität dieser Kontroverse, in der sich Männer auf beiden Seiten positionieren, ist der Bildungsplan 2015 der Baden-Württembergischen Landesregierung, der unter anderem Akzeptanz für sexuelle Vielfalt als schulisches Bildungsziel formulierte und auf derart starke Proteste traf (u. a. durch eine Online-Petition mit 192.000 Unterschriften), dass er schließlich zurückgezogen wurde. Das gesellschaftliche Klima wird neuerdings wieder als konservativer gegenüber sexuellen Minoritäten und restriktiver hinsichtlich sexueller Vielfalt charakterisiert [29].

Die Freisetzung aus tradierten Moralvorstellungen, festgefügten Familienverhältnissen und lebenslangen Arbeitsverhältnissen hat unter den heutigen Bedingungen einer zunehmend weniger politisch regulierten sogenannten *neoliberalen Marktwirtschaft* für die Individuen nicht nur einen Zugewinn an biografischen Gestaltungsmöglichkeiten, sondern auch an Selbstoptierungszwängen erzeugt. Um in einem sich rasch verändernden, konkurrenzorientierten Umfeld mithalten zu können, muss das Individuum sich und seine Fähigkeiten ständig weiter verbessern und sich möglichst wirkungsvoll vermarkten. Dieser *allgegenwärtige Leistungs- und Selbstoptimierungsdruck* wird auch im Handlungsfeld der Liebe und Sexualität spürbar. Tradierte Geschlechterrollen schreiben in der Heterosexualität sowieso in erster Linie dem Mann sexuelle Leistungsfähigkeit und die Verantwortung für die Initiierung und Gestaltung von Sexualkontakten zu. In dem Maße, in dem heute (beispielsweise durch glorifizierende mediale Vorbilder) die Erwartungen an »perfekten Sex« steigen, wächst auch der Leistungsdruck hinsichtlich sexueller Performanz bei Männern. Das betrifft nicht nur ihre eigene sexuelle Funktionsfähigkeit, sondern

zum Beispiel auch ihre Fähigkeit, die Partnerin zum Orgasmus zu bringen, möglichst in Form gleichzeitiger oder multipler Orgasmen, was dann auch steigenden Leistungsdruck für Frauen impliziert [30]. Der Boom der sexuellen Ratgeberliteratur sowie die zahlreich vermarkteten Mittel der sexuellen Leistungssteigerung sind Indikatoren dieses Trends zur *sexuellen Selbstoptimierung*. Unklar ist bei der Kritik an einem letztlich lustfeindlichen sexuellen Leistungs- und Selbstoptimierungszwang jedoch meist die Abgrenzung zu lustfreundlicher sexueller Weiterbildung und Weiterentwicklung. Denn oftmals erleben es Frauen wie Männer durchaus positiv, wenn sie in einem liberaleren sexuellen Klima ihre individuellen sexuellen Vorlieben erkunden und ausleben können [31].

### Kommerzialisierung von Sexualität

In unserer Konsumgesellschaft unterliegt auch die Sexualität zunehmend Marktgesetzen: Das Angebot an sexuellen Produkten und Dienstleistungen ist breit und allgegenwärtig [23] (siehe auch Kapitel 3.7). Die Kommerzialisierung des Sexuellen wird aus ganz unterschiedlichen Perspektiven als negativer Trend bewertet: So widerspricht es *konservativer und vor allem religiöser Sexualmoral*, Sexualität losgelöst von Fortpflanzung und Ehe zu vermarkten. Aus politisch *linker, liberaler Perspektive* werden kapitalistische bzw. marktwirtschaftliche Prinzipien generell kritisiert, ihr Übergreifen auf die Sexualität wird somit auch vielfach abgelehnt: Sex als Ware oder Dienstleistung sei nicht authentisch, nicht emanzipatorisch, gilt als billiges entfremdetes Surrogat für echte Lust. Nicht zuletzt wird die Kommerzialisierung von Sex häufig auch aus *gendertheoretischen und manchen feministischen Perspektiven* abgelehnt: Die mehrheitlich auf männliche Konsumenten zugeschnittenen Produkte und Dienstleistungen würden die beteiligten Frauen (Pornodarstellerinnen, Prostituierte usw.) ausbeuten und darüber hinaus in der Gesellschaft generell die Rolle von Frauen als allseits verfügbaren, käuflichen Sexualobjekten bekräftigen. Einige politische Lager und Ideologien, die sich sonst bekämpfen, sind sich in puncto Kritik an der kommerzialisierten Sexualität einig, was den *jüngsten Erfolg von Anti-Pornografie- und Anti-Prostitutions-Bewegungen* erklärt, ebenso die Tendenz, die Rechtslage in diesen Bereichen in Deutschland und anderen europäischen Ländern wieder zu verschärfen, was zugleich als Re-Moralisierung zu deuten ist [32].

Doch die Kommerzialisierung von Sexualität wird auch positiv bewertet. Vor allem in der *Queer-Theorie und Queer-Bewegung* sowie in manchen *feministischen Strömungen* werden kommerzialisierte Ausdrucksformen von Sexualität als Chance für *sexuelle Demokratisierung und Inklusion sexueller Vielfalt* aufgefasst. Die Kommerzialisierung hat den Sex *entdramatisiert, entmystifiziert* und *banalisiert* [23, 28]. Das enttäuscht konservative Utopien, die Sex als Ausdruck reiner gottgefälliger Liebe sehen wollen, ebenso wie revolutionäre Utopien, die Sex zum emanzipatorischen Akt und Ausbruch aus gesellschaftlichen Machtverhältnissen stilisieren. Doch erwartungsfreier, pragmatischer und entspannter mit Sex umzugehen, ihn manchmal auch einfach als konsumierbare angenehme Freizeitbeschäftigung zu verstehen, als bequemen »Wohlfühl-Sex« zu gestalten, kann insofern als zivilisatorischer Fortschritt gedeutet werden, als das Überfrachten der menschlichen Sexualität mit religiösen oder politischen Utopien und Normen nicht selten in Überforderung und Ausgrenzung mündet.

Offen bleibt die Frage nach der *Sinnstiftung und Bedeutung sexueller Aktivität*, wenn Sexualität nicht nur ein weiteres Wellness-Angebot für die allseits stressbelastete Bevölkerung sein soll. Die eigene Sexualität wieder stärker an Liebe zu knüpfen (wie das z. B. die heutigen männlichen wie weiblichen Jugendlichen tun), ganz bewusst und selbstbestimmt einer religiösen Sexualmoral zu folgen (z. B. auf vorehelichen Sex zu verzichten) und/oder das

Spirituelle in der Sexualität zu suchen (wie das z. B. die Tantra-Szene tut), sind dementsprechend ebenfalls heutige Zeiterscheinungen.

### *Medikalisierung von Sexualität*

Nachdem für die Bevölkerungsmehrheit Religion und Kirchenvertreter nicht mehr die zentralen Autoritäten in Sachen Sexualverständnis und Sexualmoral darstellen, hat auch hier die in der Gesellschaft insgesamt beobachtbare *Verwissenschaftlichung* Fuß gefasst: Expertenmacht besitzen in Sachen Sexualität heute vor allem Psychologie, Pädagogik und Medizin, sodass man auch von der *Psychologisierung*, der *Pädagogisierung* und vor allem der *Medikalisierung* der Sexualität spricht [33]. Wer sexuelle Schwierigkeiten und Fragen hat und Fachexpertise wünscht, wendet sich der psychologischen Ratgeberliteratur, der Online- und Offline-Sexualberatung oder im Krisenfall auch der Paar- und Sexualtherapie zu. Sexualpädagogische Materialien und Maßnahmen sollen Jugendlichen und Erwachsenen helfen, richtig – also verantwortungsvoll und risikobewusst – mit selbstbestimmter Sexualität umzugehen. Nicht zuletzt bieten Sexualmedizin und Pharmakologie Erklärungsmodelle und Lösungsansätze für weibliche und männliche Lustlosigkeit, Erektions- und Orgasmusprobleme.

Die Emanzipation von religiösen Normen zugunsten einer Verwissenschaftlichung des Sexualverständnisses bedeutet nicht, dass Moralisierung abgeschafft ist. Vielmehr erscheint Sexualmoral heute oft nur in neuem Gewand: Was früher »sündig« oder »unsittlich« war, ist heute eben »ungesund« oder »krankhaft«. Das heute allseits favorisierte Konzept der »sexuellen Gesundheit« muss ebenso wie die gängigen Definitionen und Klassifikationen sexueller Störungen, wie sie in der jeweils aktuellen Fassung von DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) festgeschrieben werden, also stets ideologiekritisch, geprüft werden.

### *Digitalisierung von Sexualität*

Wir leben heute im Internet- und Smartphone-Zeitalter, im Zeitalter der Mediatisierung und Digitalisierung. Davon sind alle Lebensbereiche und gesellschaftlichen Sphären betroffen, auch diejenigen, welche Sexualität umfassen. Denn in zentralen sexuellen Handlungsfeldern haben sich neben den herkömmlichen Offline-Aktivitäten heute entsprechende sexuelle Online-Aktivitäten fest etabliert [21, 34–35]:

- *Sexualaufklärung und Sexualberatung*, der Austausch sexueller Informationen und Erfahrungen – all dies findet heute maßgeblich online statt, etwa über Aufklärungswebsites, Online-Foren, Webvideos und Blogs. Hier kann man sexuelle Fragen aller Art schnell und diskret klären, teilweise auch den Weg zur Offline-Beratung finden. Risiken liegen in möglicher sexueller Fehlinformation bis hin zur Cyber-Hypochondrie etwa im Zuge fragwürdiger Selbstdiagnosen sexuell übertragbarer Infektionen anhand von Wikipedia-Einträgen.
- *Erotika und Pornografie* stehen im Internet in historisch einmaliger Vielfalt und Fülle zur Verfügung. Das Angebot kann vor allem über Mobilgeräte (Smartphones, Tablets usw.) jederzeit und überall diskret genutzt werden. Wer möchte, kann selbst erotisches Material erstellen und publizieren. Chancen bestehen hinsichtlich Lustgewinn und Horizonterweiterung. Risiken und Probleme liegen in reduziertem Kinder- und Jugendschutz, beim Zugang zu dem weltweit zirkulierenden sexuell expliziten Material sowie in der Verbreitung illegaler Pornografie wie zum Beispiel Missbrauchsbildern. Auch wird der massenhafte Gebrauch von Pornografie durch Männer generell problematisiert, etwa im Sinne einer Abstumpfung, der Orientierung an falschen Vorbildern oder der Entwicklung von Pornografiesucht.

- *Sexuelle Kontakte und Beziehungen* lassen sich über Dating-Portale und Single-Börsen im Internet sowie über entsprechende Dating-Apps leichter anbahnen als im Offline-Leben, da man jederzeit und überall auf einen großen Pool ebenfalls Kontaktsuchender zugreifen kann. Der Kontakt kann sich auf Cybersex beschränken und/oder auf reale Treffen hinauslaufen. Ortsbasierte Apps (z. B. Grindr, Tinder) zeigen an, welche Sexsuchenden sich aktuell in unmittelbarer geografischer Nähe aufhalten, was die Kontaktanbahnung weiter beschleunigt. Online-Dating hat die Möglichkeiten des Kennenlernens vervielfacht, besonders für Menschen, die nicht in urbanen Zentren leben, weniger mobil sind oder Partner mit speziellen Interessen suchen. Diese Chancen gehen mit unterschiedlichen Risiken einher: Online-Sexpartnersuche kann als Fremdgehen bestehende Paarbeziehungen gefährden oder als zwanghaftes, suchtähnliches Verhalten den Aufbau stabiler Paarbeziehungen verhindern. Der leichte und schnelle Kontakt zu anderen Sexsuchenden kann die Wahrscheinlichkeit für riskantes Sexualverhalten steigern (z. B. häufigerer ungeschützter Sex). Rund um sexuelle Kontaktsuche kann es zu unterschiedlichen Formen von Übergriffen und Gewalt kommen, zum Beispiel ungewollte sexuelle Annäherung an Minderjährige, sexuelle Belästigung, Gewalt bei realen Verabredungen, Stalking, Erpressung mit geteilten intimen Fotos usw. Weiterhin besteht die Gefahr, an sogenannte Fake-Profile zu geraten, die echte Kontaktsuche nur vorspiegeln und stattdessen ökonomische oder andere Interessen verfolgen und zu Frustrationen und Enttäuschungen bei den Betroffenen führen.
- *Sexuelle Szenen* wie die Schwulen-Szene oder die BDSM-Szene organisieren sich zunehmend über Online-Communitys. Offline-Szenetreffpunkte verlieren teilweise an Bedeutung. Dafür kann man online Gleichgesinnte auch für seltene Vorlieben finden, um sich wechselseitig zu unterstützen, kennenzulernen, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, Szeneinformationen auszutauschen oder auch sexualpolitischen Aktivismus zu organisieren. Die Bedeutung des Internet für das Empowerment sexueller Minoritäten wird einhellig gewürdigt. Die verstärkte Sichtbarkeit von Transgender/Transidentität oder neuerdings Asexualität verdankt sich maßgeblich der Organisation der Szenen im Internet. Risiken werden vor allem darin gesehen, dass die Sichtbarkeit sexueller Vielfalt auch Gegenbewegungen und Online-Hass auf den Plan ruft. Weiterhin wird es als Risiko eingestuft, wenn sich Minoritäten im Internet organisieren, deren sexuelle Interessen und Verhaltensweisen als selbst- und/oder fremdschädigend eingestuft werden (z. B. sexueller Kannibalismus, Pädophilie).
- *Sexuelle Produkte* für die Solo- und Partnersexualität werden umfassend im Internet vermarktet, sei es über große Online-Versandhäuser oder spezielle Online-Sex-Shops. Der enge Kontakt zwischen Konsumenten und Entwicklern von Sexspielzeugen im Internet führt zu einer Diversifizierung des Marktes bis hin zu individuell maßgeschneiderten Produkten (z. B. bei Sex-Möbeln oder Fetisch-Bekleidung) oder zu Crowdfunding-Aktionen für bestimmte neue Sextechnologien (z. B. intelligente, fernsteuerbare Dildos). Chancen bestehen wiederum hinsichtlich Luststeigerung und Horizonterweiterung. Die Risiken der Normalisierung von Sexprodukten bis hin zu Sex-Robotern werden dagegen vor allem in Selbstoptimierungszwängen und in einer Abwendung vom Partnersex zugunsten technisch verbesserter Masturbation gesehen. Als besonders problematisch gilt es auch, dass verschreibungspflichtige Medikamente und illegale Drogen, die der sexuellen Lust- und Leistungssteigerung dienen können, im Internet gehandelt werden.

*Tab. 1: Anzahl der Beiträge zu männlicher und weiblicher Sexualität in referierten Fachzeitschriften gemäß der wissenschaftlichen Literaturdatenbank APA PsycInfo (Stand: 22.01.2016; eigene Darstellung). Quelle: http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx*

| Suchbegriffe | Male Sexuality Men's Sexuality | | Female Sexuality Women's Sexuality | |
|---|---|---|---|---|
| | im Titel | im Abstract | im Titel | im Abstract |
| 1940–1959 | 2 | 10 | 6 | 13 |
| 1960–1979 | 8 | 108 | 24 | 129 |
| 1980–1999 | 57 | 630 | 102 | 852 |
| 2000–1/2016 | 96 | 1.466 | 208 | 2.166 |
| Summe | 163 | 2.207 | 340 | 3.160 |

- *Sexuelle Dienstleistungen* werden im Internet direkt als sexuelle Online-Dienstleistungen angeboten und nachgefragt (v. a. Strip- und Sexshows vor der Webcam), zudem werden Offline-Dienstleistungen beworben: Stripclubs, Bordelle, aber auch einzelne männliche, weibliche und Trans*-Prostituierte und Escorts inserieren, ebenso Semi-Professionelle und Stricher. Bezahlsex bzw. Prostitution wird im Kontext der verschiedenen Formen der *Kommerzialisierung* von Sex ethisch am stärksten kontrovers diskutiert. Das Internet macht den Bezahlsex-Markt sichtbarer und befördert dessen Ausdifferenzierung, bietet der Sexarbeiter/innen-Bewegung Vernetzungsmöglichkeiten, macht die Beteiligten (Dienstleistende wie Kundschaft) besser erreichbar für Forschung und Präventionsmaßnahmen [36]. Die Risiken der Online-Vermarktung sexueller Dienstleistungen werden primär in der Ausbeutung der überwiegend weiblichen Sexarbeiterinnen und dem damit vermittelten Frauenbild gesehen.

In der Gesamtbilanz birgt das Internet sowohl zahlreiche Chancen als auch zum Teil gravierende Risiken im Hinblick auf die sexuelle Gesundheit von Männern. Eine simplifizierende mediendeterministische Debatte darüber, ob »das Internet« sich entweder positiv *oder* negativ auf männliche Sexualitäten auswirkt, ist zu ersetzen durch eine interaktionistische Perspektive, die die Vielfalt der Nutzungsweisen einbezieht und auch anerkennt, dass sexuelle Aktivitäten eben generell vielfach *zwiespältige Effekte* haben.

## Wissenschaftliche Forschungsergebnisse zur männlichen Sexualität

In den letzten Jahrzehnten hat das wissenschaftliche Forschungsinteresse an sexuellen Fragestellungen zugenommen, wie die wachsende Zahl von Fachpublikationen zeigt. Dabei wird männliche Sexualität zunehmend separat adressiert, wenn auch bislang seltener als weibliche Sexualität (siehe Tabelle 1). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass zumindest in früheren Dekaden ein Großteil der wissenschaftlichen Studien, die Sexualität scheinbar geschlechtsneutral behandeln, sich theoretisch und empirisch auf Männer beziehen. Bis heute besteht also für ein verbessertes Verständnis männlicher Sexualität eine wichtige Herausforderung darin, Forschungsergebnisse geschlechtersensibel zu generieren und zu interpretieren.

Wie stark das wissenschaftliche Interesse speziell an männlicher Sexualität zunimmt, lässt sich freilich nur abschließend beurteilen, wenn der Zuwachs der Beiträge zur männli-

chen Sexualität im Verhältnis zu Publikationen über weibliche Sexualität betrachtet sowie am insgesamt wachsenden Publikationsvolumen in der Wissenschaft relativiert wird. Dass die männliche Sexualität wissenschaftlich heute *kein blinder Fleck* mehr ist, kann jedoch zweifelsfrei festgehalten werden.

Die Thematisierung von Sexualität in der Wissenschaft ist indessen weitgehend als *Problematisierung* zu begreifen, jedenfalls zeigt sich ein klarer Negativ-Bias: Eine Inhaltsanalyse von n=606 Fachartikeln aus fünf führenden internationalen sexualwissenschaftlichen und sexualmedizinischen Fachzeitschriften zeigte, dass die große Mehrzahl wissenschaftlicher Fachartikel negative (58%) oder neutrale (35%) Aspekte von Sexualität thematisiert [3]. Als zentrale Problemfelder zeitgenössischer männlicher Sexualität werden dabei in der Fachliteratur vor allem sexuelle Gewalt, sexuelle Funktionsstörungen und sexuell übertragbare Infektionen betrachtet.

Der Anteil der wissenschaftlichen Zeitschriftenartikel, die sich auf positive Aspekte von Sexualität konzentrieren, liegt seit den 1960er Jahren unter 10%, im Mittel bei 7% [3]. Die positiven, salutogenen Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens von Männern und Frauen stellen im wissenschaftlichen Diskurs bislang also noch eine große *Forschungslücke* dar [4]. Dazu zählen zum Beispiel gesteigertes körperliches und seelisches Wohlbefinden im Zuge sexueller Erlebnisse sowie auch Beziehungs- und Lebenszufriedenheit.

## Negative Aspekte männlicher Sexualität

Will man den Status quo sexueller Gesundheit von Männern in Deutschland zusammenfassend beschreiben, so bietet es sich an, nach negativen und positiven Aspekten zu differenzieren. Ein Blick in die wissenschaftliche Fachliteratur zeigt, dass auf der negativen Seite vor allem sieben zentrale Problembereiche männlicher Sexualität thematisiert werden: 1. sexuelle Gewalt, 2. sexuell übertragbare Infektionen und Krankheiten, 3. ungeplante Zeugung 4. sexuelle Funktionsstörungen, 5. sexuelle Marginalisierung, 6. sexuelle Verunsicherung und 7. sexueller Mangel. Diese sieben Problemfelder männlicher Sexualität werden im Folgenden kursorisch vorgestellt und mit aktuellen Daten unterlegt, wobei Bezüge zu den öffentlichen Sexualitätsdiskursen und gesellschaftlichen Veränderungstrends wie der Digitalisierung hergestellt werden.

Zur Erklärung des menschlichen Sexualverhaltens existieren grundsätzlich zwei theoretische Lager [37]: Die *biologisch-deterministischen bzw. essenzialistischen Ansätze*, die menschliche Sexualität als im Wesentlichen biologisch und evolutionär vorgezeichnet verstehen (hier wird dann zum Beispiel sexuelle Gewalt in Form von Vergewaltigung als evolutionär angelegte Fortpflanzungsstrategie von Männern interpretiert), und die *sozialkonstruktivistischen Ansätze*, die betonen, dass sexuelles Begehren, sexuelles Verhalten und sexuelle Identitäten sich in einem lebenslangen Prozess der Auseinandersetzung mit eigenen sexuellen Erfahrungen einerseits und sozialen Werten und Normen andererseits dynamisch und sinnstiftend entwickeln (hier wird dann z. B. sexuelle Gewalt vor dem Hintergrund tradierter Geschlechterrollen, Interaktionsdynamiken in Peer-Groups und Paarbeziehungen, institutioneller Machtasymmetrien usw. erklärt). Sozial-konstruktivistische Ansätze leugnen biologische Einflüsse nicht, ordnen sie aber in ein *bio-psycho-soziales Gesamtmodell* der menschlichen Sexualität ein [2] und betonen die große Bedeutung psychosozialer Faktoren, die sich unter anderem in historischen Veränderungen und interkulturellen Differenzen im Umgang mit Sexualität niederschlägt.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass Jungen und Männer eine bessere sexuelle Gesundheit und Gesamtgesundheit im Sinne ganzheitlichen Wohlbefindens haben, wenn sie *nicht* von den angesprochenen sieben Pro-

blembereichen betroffen sind oder wenn sie im Falle einer (möglichen) Betroffenheit ausreichend mit Informationen, Präventions- und Interventionsangeboten versorgt sind.

## Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt meint sexuelle Handlungen, die ohne die Einwilligung oder ohne die Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person stattfinden. Die Forschung zu sexueller Gewalt arbeitet mit Studien im Hellfeld (z. B. Kriminalstatistik erfasster Sexualstraftaten) und im Dunkelfeld (z. B. Bevölkerungsumfragen zu Gewalterfahrungen sowohl in der Täter- als auch in der Opfer-Rolle). Es zeigt sich, dass sexuelle Gewalt mehrheitlich von Männern ausgeübt wird (Täterinnen sind seltener) – und zwar gegenüber männlichen, vor allem aber gegenüber weiblichen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Da es sich bei sexueller Gewalt oft um Taten zwischen einander bekannten Personen handelt, ist der Beziehungskontext bzw. der institutionelle Kontext zu beachten (z. B. sexuelle Übergriffe in Familien, Kinderheimen, Schulen, Kirchen, Sportvereinen, Krankenhäusern, Flüchtlingsheimen, Justizvollzugsanstalten, am Arbeitsplatz). Im heutigen Digitalzeitalter treten historisch neue, medienvermittelte Formen sexueller Gewaltausübung auf (z. B. sexuelle Belästigung im Internet, Vergewaltigungsdrohungen im Internet, Verbreitung von Kinderpornografie bzw. sexuellen Missbrauchsbildern im Internet). Sexuelle Online- und Offline-Gewalt gehen teilweise Hand in Hand, teilweise kommt es aber auch zu neuen Täter-Opfer-Konstellationen.

Die personalen, situativen und Umwelt-Faktoren, die sexuelle Gewalt ermöglichen und begünstigen, sind vielfältig. Sexuelle Gewalt ist nicht immer ausschließlich oder primär sexuell motiviert, in der Regel spielen auch *nicht-sexuelle Motive* (Hass, Rache, Macht, Scham usw.) eine wichtige Rolle: So kann zum Beispiel Hasskriminalität gegenüber Angehörigen von sexuellen und Gender-Minoritäten (z. B. Gewalt gegen schwule oder Trans*-Jungen und -Männer) als sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt auftreten. In bewaffneten Auseinandersetzungen kann sexuelle Gewalt ein menschenrechtsverletzendes Mittel der Kriegsführung darstellen, das nicht nur gegen weibliche, sondern auch gegen männliche Zivilisten und Kombattanten eingesetzt wird.

Im Hinblick auf die sexuelle Männergesundheit ist es vordringlich, zum einen die – bislang oft übersehene oder bagatellisierte – sexuelle Viktimisierung von Jungen und Männern angemessen zu bearbeiten sowie zum anderen die Ausübung sexueller Gewalt durch Jungen und Männer offline wie online noch besser und nachhaltiger zu bekämpfen (zu sexuellen Grenzverletzungen und Sexualstraftaten siehe auch Kapitel 5).

### *Männer als Opfer sexueller Gewalt*

Im aktuellen öffentlichen Diskurs ist sexuelle Gewalt ein viel beachtetes Thema. Vermutlich rangiert es heute in Deutschland sogar auf dem ersten Platz der wahrgenommenen Probleme rund um Sexualität. Die *öffentliche Sensibilisierung für sexuelle Gewalt* ist zunächst als große Errungenschaft zu würdigen, birgt sie doch die Chance verbesserter Gewaltprävention und Unterstützung für weibliche sowie für männliche Opfer sexueller Gewalt. In Forschung und Praxis hat sich das *Verständnis sexueller Viktimisierung von Jungen und Männern* in jüngster Zeit deutlich verbessert [38]. Insbesondere wird heute auch stärker beachtet, dass und wie sexuelle Viktimisierung geschlechtsspezifisch zu erfassen und zu behandeln ist. Über sexuelle Gewaltwiderfahrnisse zu berichten, kann Männern insofern besonders schwerfallen, als die sexuelle Opferrolle kulturell weiblich konnotiert ist und somit ihre männliche und gegebenenfalls auch ihre heterosexuelle Identität bedroht. Auch wird immer wieder betont, dass sich für die unterschiedlichen Formen sexueller Viktimisierung von Männern angemessene

*Tab. 2: Sexuelle Viktimisierung in Abhängigkeit vom Lebensalter laut Umfragedaten (Prozentangaben bezogen auf die Stichproben).*
*a) Repräsentative Stichprobe von n=6.787 Schüler/innen der achten Klasse in der Schweiz [39, S. 307]*
*b) Gelegenheitsstichprobe von n=2.149 Student/innen im ersten Studienjahr in Deutschland [40, S. 197]*
*c) Repräsentative Stichprobe von n=546 Einwohner/innen von Stuttgart, Durchschnittsalter: 42 Jahre [41, S. 472]*

| | Weibliche Opfer (in %) | Männliche Opfer (in %) |
|---|---|---|
| Sexuelle Viktimisierung im Kindesalter (Lebenszeit Prävalenz) a) | | |
| Sexueller Kindesmissbrauch ohne Körperkontakt | 35,1 | 14,9 |
| Sexueller Kindesmissbrauch mit Körperkontakt ohne Penetration | 14,9 | 4,8 |
| Sexueller Kindesmissbrauch mit Penetration | 2,5 | 0,6 |
| Gesamt | 40,2 | 17,2 |
| Sexuelle Viktimisierung im Jugendalter (Lebenszeit Prävalenz) b) | | |
| Sexuelle Viktimisierung bei Personen mit ausschließlich heterosexuellen Kontakten | 33,3 | 17,1 |
| Sexuelle Viktimisierung bei Personen mit ausschließlich homosexuellen Kontakten | 8,7 | 26,3 |
| Sexuelle Viktimisierung bei Personen mit hetero- und homosexuellen Kontakten | 47,4 | 37,0 |
| Gesamt | 35,9 | 19,4 |
| Sexuelle Viktimisierung im Erwachsenenalter (Prävalenz vergangenes Jahr) c) | | |
| Sexuelle Viktimisierung durch Intimpartner (leichte Formen) | 23,1 | 25,0 |
| Sexuelle Viktimisierung durch Intimpartner (schwere Formen) | 2,0 | 2,0 |
| Gesamt | 25,1 | 27,0 |

Begrifflichkeiten noch etablieren müssen, da »Vergewaltigung« nicht immer passt. Aktuelle nationale und internationale Umfragen zu sexueller Gewalt machen das bislang unterschätzte Ausmaß sexueller Viktimisierung von Jungen und Männern deutlich (siehe Tabelle 2, [39–41]).

Sexuelle Viktimisierung von Jungen und Männern sichtbar zu machen, erfordert in der Forschung vor allem angemessene standardisierte Erhebungsinstrumente und mehr Studien mit *bevölkerungsrepräsentativen Stichproben* sowie mit besonders *vulnerablen Gruppen* (z. B. mit drogenabhängigen, strafgefangenen, wohnungslosen, körperlich und/oder geistig behinderten Jungen und Männern). Jungen und Männer werden nach vorliegenden Daten überwiegend von männlichen Jugendlichen und Erwachsenen sexuell viktimisiert. Bei der Auseinandersetzung mit mann-männlicher sexueller Gewalt ist somit darauf zu achten, dass sie nicht *homophoben Vorurteilen* Vorschub leistet. Die Feststellung, dass Jungen und Männer auch durch Frauen se-

xuell viktimisiert werden, ist wichtig für eine gendersensible Behandlung sexueller Gewalt, die Geschlechterklischees nicht reproduzieren möchte. Dennoch sollte die Beachtung weiblicher Täterschaft nicht zu einem *Mythos geschlechtsneutraler sexueller Viktimisierung* in dem Sinne überhöht werden, Frauen seien in gleicher Häufigkeit und Intensität sexuell gewalttätig wie Männer und Männer in gleicher Weise Opfer sexualisierter Gewalt wie Frauen [20]. Hier ist es insbesondere wichtig, nach Arten, Schweregraden und Folgen (z. B. Hospitalisierung) sexueller Gewalt zu differenzieren und das Konzept der sexuellen Gewalt auch nicht inflationär zu verwenden. Wenn etwa eine Studie berichtet, dass 27,0% der erwachsenen Männer (Durchschnittsalter: 42 Jahre) im letzten Jahr sexuelle Viktimisierung durch Intimpartner angeben [41] (siehe Tabelle 2), so muss zur Einordnung des Befundes berücksichtigt werden, dass unter anderem das Animieren zu Sex ohne Kondom als sexuelle Viktimisierung gezählt wurde (das Geschlecht der Sexualpartner wurde nicht erhoben).

Die Rolle des Internet in Bezug auf sexuelle Viktimisierung von Jungen und Männern ist zwiespältig: Zum einen findet ein Teil der sexuellen Viktimisierung heutzutage online statt, insbesondere besteht ein Großteil der Viktimisierungsfälle im Kindesalter in sexueller Belästigung per Internet oder Smartphone [39] (siehe Tabelle 2). Dies verweist auf die Verantwortung der Plattform-Betreiber, besseren Schutz vor Belästigung zu bieten. Zum anderen bietet das Internet wiederum auch die Chance, männliche Gewaltopfer niedrigschwellig für Forschung, Prävention und Intervention zu erreichen – etwa mit Informationen über Hilfsangebote und mit anonymer Online-Beratung.

### *Männer als Täter sexueller Gewalt*

Nationale wie internationale Hellfeld- und Dunkelfeldstudien zeigen, dass sexuell aggressives Verhalten unterschiedlicher Schweregrade bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen weit verbreitet, aber auch bei weiblichen Jugendlichen und Frauen zu beobachten ist. Sehr wichtig ist der Befund, dass sexuelle Gewalt entgegen gängigen *Vergewaltigungsmythen* nicht in erster Linie von Fremden, sondern vor allem von Bekannten, Familienmitgliedern und Intimpartnern ausgeübt wird. Sexuelle Gewalt geht dabei nicht selten mit anderen Formen häuslicher Gewalt einher und ist in allen gesellschaftlichen Schichten vertreten.

Sexuelle Kontakte schon mindestens einmal durch Ausübung oder Androhung körperlicher Gewalt, durch Ausnutzung von Widerstandsunfähigkeit oder durch verbalen Druck gegen den Willen einer gegengeschlechtlichen Person durchgesetzt zu haben, berichtet in Deutschland knapp jeder zweite männliche Jugendliche (46.4%) und jede zehnte weibliche Jugendliche (10.5%) (siehe Tabelle 3, [42]). Die große Prävalenz unterstreicht die Notwendigkeit umfassender Prävention sexueller Gewalt bereits im Kindes- und Jugendalter. Wichtig ist hierbei, Gewaltprävention zielgruppen- und kontextspezifisch (z. B. für unterschiedliche Altersgruppen und Institutionen) sowie nachhaltig zu implementieren und die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen wissenschaftlich zu evaluieren. So scheinen viele Präventionsmaßnahmen weitgehend wirkungslos zu bleiben, da sie zum Beispiel zu kurzfristig angelegt sind, um Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken zu können.

Im Hinblick auf das Internet- und Smartphone-Zeitalter stellt die Erforschung und Prävention von *medienvermittelter sexueller Gewaltausübung* eine neue Herausforderung dar. Dabei sind ganz unterschiedliche Tatkonstellationen und Tätergruppen zu unterscheiden: Relativ intensiv erforscht sind *Online-Missbrauchstäter*, die *Online-Kinderpornografie* nutzen und/oder mit sexuellen Absichten Online-Kontakte zu Kindern anbahnen (sog. *Online-Grooming*), wobei der Miss-

*Tab. 3: Gegengeschlechtliche sexuelle Aggression laut Umfragedaten (Prozentangaben bezogen auf die Stichproben) [42, S. 175]*

| | Weibliche Täter (n=524; 18,7 Jahre) | Männliche Täter (n=248, 18,1 Jahre) |
|---|---|---|
| Mittelschwere sexuelle Aggression | 6,9 | 34,0 |
| Schwere sexuelle Aggression | 3,6 | 12,4 |
| Gesamt | 10,5 | 46,4 |

brauch dann überwiegend online, teilweise aber offline begangen wird. Während die Gefahr, die von erwachsenen Missbrauchstätern im Internet ausgeht, sehr oft diskutiert wird, ist das Ausmaß *sexueller Online-Belästigung unter Jugendlichen* seltener Thema. Sexuell herabwürdigende und aggressive Äußerungen männlicher Jugendlicher gegenüber Mädchen und Frauen oder gegen »schwul« wirkende Jungen sind im Internet weit verbreitet. Sie spiegeln sexistische und sexuell aggressive Umgangsformen außerhalb des Netzes [43].

Eine neue Form der sexuellen Gewaltausübung besteht im Digitalzeitalter weiterhin darin, intime Fotos oder Videos von Mädchen und Frauen (seltener von Männern) ohne deren Einverständnis zu verbreiten oder zu veröffentlichen (sog. *Racheporno*). Obwohl es sich um einen Straftatbestand handelt, wird diese Form der Gewaltausübung von den Tätern oft damit gerechtfertigt, dass Mädchen und Frauen, die Nacktbilder von sich herstellen, es letztlich selbst provozieren, dass diese in Umlauf kommen. Die Schuldzuschreibung an die meist weiblichen Opfer ist weit verbreitet [44]. Gewaltprävention muss also dezidiert bei den Tätern ansetzen. In Institutionen wie Schulen oder Betrieben geht sexueller Bildermissbrauch nicht selten mit Mobbing einher, sodass es einen großen Kreis an *Mittäter/innen* und *Zuschauer/innen* gibt, die alle in die Gewaltprävention einzubeziehen sind. Bei sexueller Online-Gewalt wie Belästigung oder Missbrauch intimer Bilder stellt sich neben Prävention und strafrechtlicher Sanktionierung auch die Frage nach der *Verantwortung der Plattform-Betreiber* (z. B. beanstandete Beiträge schnell zu löschen oder bereits das Hochladen intimer Bilder ohne Einverständniserklärung der Beteiligten zu verhindern). Nicht zuletzt ist zu beachten, dass Täter, die sexuelle Gewalt offline ausüben, ihre Opfer zunehmend auch online bzw. per Handy belästigen und verfolgen (z. B. gewalttätiger Ex-Partner nutzt Internet und Smartphone für *Online-Stalking*).

So wie das Internet neue Möglichkeiten eröffnet, sexuelle Aggression auszuüben, so bietet es auch besondere Optionen für Forschung, Prävention und Intervention auf Täterebene. Social-Media-Kampagnen gegen sexuelle Belästigung oder für Zivilcourage bei Mobbing können online sehr schnell sehr große Reichweite erzielen. Zudem stehen unter den Bedingungen der Online-Kommunikation den Gewaltopfern teilweise bessere Möglichkeiten der Gegenwehr zur Verfügung als in Offline-Kontexten: Das Täterhandeln kann online leichter dokumentiert werden, zudem lassen sich in vielen Online-Räumen belästigende Teilnehmer/innen direkt blockieren und melden. Welche Sicherheitsoptionen existieren, ist dabei von Plattform zu Plattform unterschiedlich.

## Sexuell übertragbare Infektionen und Krankheiten

Bei einer sexuell übertragbaren *Infektion* (STI: sexually transmitted infection) wird der Erreger hauptsächlich durch Sexualkontakt übertragen. Erst wenn sich nach der Infektion auch

Symptome zeigen, handelt es sich um eine sexuell übertragbare *Krankheit* (STD: sexually transmitted disease). Sexuell übertragbare Infektionen können symptomfrei bleiben (v. a. beim Mann), aber dennoch zur Ansteckung weiterer Personen führen. Das Risiko sexuell übertragbarer Infektionen steigt in Abhängigkeit von der Sicherheit bzw. Unsicherheit der Sexualpraktiken sowie der Anzahl der Sexualpartner/innen und deren Sexualverhalten. Im Rahmen der sexuellen Gesundheit werden vor allem diejenigen Krankheitserreger diskutiert, die schwerwiegende Folgen haben und/oder die weit verbreitet sind. Von den meldepflichtigen STIs (z. B. HIV, Syphilis, Hepatitis B) sind signifikant mehr Männer als Frauen betroffen, insbesondere Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben [16, S. 82ff.]. Bei den nichtmeldepflichtigen STIs (z. B. Chlamydien, Humane Papillomviren [HPV]) zeigen sich erhöhte Prävalenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen und spielt der heterosexuelle Übertragungsweg eine große Rolle (zu sexuell übertragbaren Infektionen siehe auch Kapitel 4.5).

Für die sexuelle Männergesundheit ist es im Sinne der Prävention vordringlich, die Neuinfektion mit sowie eine Weitergabe von sexuell übertragbaren Krankheitserregern zu vermeiden, vor allem durch *Safer-Sex-Praktiken*. Darüber hinaus ist es wichtig, vorhandene sexuell übertragbare Infektionen bzw. Krankheiten möglichst frühzeitig zu diagnostizieren sowie sachgerecht zu behandeln.

Das Internet hat die Sexualpartnersuche erleichtert, was unter bestimmten Umständen das Infektionsrisiko erhöht. Insbesondere wenn im Zuge der Online-Anbahnung ein intimer Austausch über sexuelle Vorlieben (und vielleicht auch Cybersex) stattfindet, kann das dadurch erzeugte Gefühl von Nähe die Bereitschaft verringern, beim realen Sex mit Online-Bekanntschaften Kondome zu verwenden. Dating-Portale und Dating-Apps spielen zudem eine große Rolle im Zusammenhang mit Sexualtrends, die als besonders riskant gelten. Ein aktuelles Beispiel aus urbanen Schwulen-Szenen sind die sog. *Chemsex-Partys* (Sexpartys unter Drogeneinfluss), die über Dating-Apps verabredet werden, und bei denen sich die Risiken injizierenden Drogengebrauchs und ungeschützter Gruppensexpraktiken kombinieren.

Andererseits bietet das Internet durch Online-Sexualaufklärung und Social-Media-Kampagnen auch verbesserte Möglichkeiten der Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. So lassen sich die bei Jugendlichen sehr beliebten Sozialen Medien für Aufklärungskampagnen nutzen. MSM sind über entsprechende Dating-Apps und Dating-Portale ansprechbar – über diese sind zudem auch männliche Escorts und Stricher erreichbar. Mittels der sogenannten Freier-Foren im Internet lassen sich heterosexuelle Prostitutionskunden mit zielgruppenspezifischen Safer-Sex-Informationen versorgen [45]. Freier-Foren sind zudem ein Beispiel für die neuen Forschungsmöglichkeiten zur sexuellen Männergesundheit, die das Internet heute eröffnet: So kann anhand einer Inhaltsanalyse der Diskussionen in Freier-Foren non-reaktiv der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern sich Männer, die sexuelle Dienstleistungen in Anspruch nehmen, mit Infektionsrisiken befassen und welche Mythen oder Wissenslücken hier möglicherweise vorherrschen.

## Ungeplante Zeugung

Ungeplante Zeugung bzw. ungeplante Schwangerschaft einerseits und Unfruchtbarkeit bzw. ungewollte Kinderlosigkeit andererseits stellen Probleme dar, die weniger der sexuellen als der *reproduktiven Gesundheit* von Männern zugeordnet und hier deswegen nicht vertieft werden [16, S. 78f.]. Im Hinblick auf *Schwangerschafts- bzw. Zeugungsverhütung* zeigt sich, dass männliche Jugendliche in Deutschland vergleichsweise gut aufgeklärt sind und sorgfältig verhüten [46]. Parallel zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen ist jedoch auch hinsichtlich

Zeugungsverhütung weiterhin für wirkungsvolle Prävention in allen heterosexuell aktiven männlichen Bevölkerungsgruppen zu sorgen.

## Sexuelle Funktionsstörungen

Das sexuelle und sonstige Wohlbefinden von Männern kann dadurch mehr oder minder stark beeinträchtigt sein, dass sexuelle Funktionsstörungen in der *Appetenzphase* (bei zu geringer Lust: Lustlosigkeit bzw. Hyposexualität; bei zu starker Lust: »Sexsucht« bzw. Hypersexualität), in der *Erregungsphase* (Erektionsstörung) oder in der *Orgasmus-Phase* (frühzeitiger, verzögerter oder ausbleibender Orgasmus) des sexuellen Reaktionszyklus auftreten (siehe dazu auch Kapitel 4.3). Zu beachten ist jedoch, dass nicht alle Männer, die sexuelle Funktionsstörungen erleben, auch darunter leiden oder einen Behandlungswunsch haben. Teilweise fühlen sich die Sexualpartner/innen stärker von der sexuellen Funktionsstörung beeinträchtigt als der Mann selber [15].

Gemäß der Global Study of Sexual Attitudes and Behavior (GSSAB) berichteten im Jahr 2001 aus der Gruppe der 40- bis 80-jährigen Männer in Deutschland 8% *sexuelle Lustlosigkeit*, 8% *Erektionsstörungen* und 15% *vorzeigen Samenerguss* zu haben [47]. Aus sexualmedizinischer Sicht sind sexuelle Funktionsstörungen eng mit dem Lebensalter sowie mit dem Lebensstil und der Gesamtgesundheit verknüpft, sodass insbesondere sexuelle Lustlosigkeit und Erektionsstörungen im Zuge demografischen Wandels, ungesunder Lebensweise (z. B. Bewegungsmangel, Schlafmangel, berufliche Überforderung) und damit verbundenen körperlichen und seelischen Zivilisationskrankheiten (z. B. Depressionen, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) weiterhin an Bedeutung für die sexuelle Männergesundheit gewinnen werden (siehe Kapitel 4.4 zur Bedeutung psychischer und Kapitel 4.6 zur Bedeutung chronischer Erkrankungen für die Sexualität von Männern). Ebenso sind männliche Fruchtbarkeitsstörungen mit der Gesamtgesundheit verknüpft [16, S. 78].

Interessanterweise haben die aktuellen gesellschaftlichen Verhältnisse im Hinblick auf die sexuelle Funktionsfähigkeit von Männern in der Appetenzphase einen gegenläufigen Trend oder zumindest einen gegenläufigen Diskurs erzeugt: So wird einerseits ein *vermindertes sexuelles Verlangen bei Männern* als neues gesellschaftliches Problem diskutiert (Aufnahme von männlicher Lustlosigkeit als neues Störungsbild in das DSM-5, vermehrte Sichtbarkeit männlicher Lustlosigkeit in der Paartherapie). Andererseits wird auch ein *übersteigertes sexuelles Verlangen bei Männern* als zeitgenössisches Problem beschrieben (fachliche Diskussion über die Aufnahme von »Sexsucht« bzw. Hypersexualität in das DSM-5, die jedoch letztlich nicht erfolgt ist). Sowohl männliche Lustlosigkeit als auch männliche »Sexsucht« werden teilweise dem Digitalzeitalter zugeschrieben: So steht Online-Sexualität (allen voran die Online-Pornografie) sowohl im Verdacht durch Übersättigung und Abstumpfung männliche Lustlosigkeit zu erzeugen als auch durch die ständige Bereitstellung idealer Stimulation männliche »Sex- bzw. Pornografiesucht« hervorzurufen. Vorschnelle Problemzuschreibungen an »das Internet« sind jedoch fragwürdig. Die Ursache der Probleme ist meist primär außerhalb des Netzes in der Lebensweise von Männern zu suchen (z. B. können Lustlosigkeit im Hinblick auf Partnersexualität ebenso wie exzessive Pornografienutzung beide einzeln oder gemeinsam als Symptome von Erschöpfung oder Depression auftreten). Aus diskurstheoretischer Sicht ist weiterhin zu hinterfragen, wer welche Normvorstellungen über das »richtige« oder »falsche« Maß sexuellen Verlangens von Männern verbreiten und als psychiatrische Diagnosen festschreiben kann. So artikuliert sich in jüngster Zeit gerade im Internet verstärkt die *Asexuellen-Szene*, die dauerhafte sexuelle Lustlosigkeit nicht als Störungsbild, sondern als normale sexuelle Variation, als legitime se-

xuelle Identität und als weiteren Lebensstil begriffen sehen will, auch bei Männern, deren maskuline Geschlechtsidentität stereotyp mit sexueller »Triebhaftigkeit« assoziiert ist.

Die Erektionsstörung als Problem der Erregungsphase gilt im heutigen »Viagra-Zeitalter« als pharmazeutisch gut behandelbar. Zudem werden Potenzmittel von Männern auch jenseits der Behandlung von diagnostizierten sexuellen Funktionsstörungen als Freizeit- und Partydrogen angewendet. Dieser Trend zur Medikalisierung männlicher Sexualität und die damit verbundene Vorstellung, befriedigende Sexualität sei eine Frage der medikamentös steigerbaren sexuellen Leistungsfähigkeit, wird kritisch diskutiert: Sind es nicht oft übersteigerte Erwartungen an ständige sexuelle Leistungsfähigkeit in jedem Lebensalter und zu rigide, auf Geschlechtsverkehr reduzierte Sexualskripts, die die Erektion zum vermeintlichen Problem beim sexuellen Lustgewinn werden lassen? Würden nicht Männer und Paare viel stärker profitieren, wenn sie ihr sexuelles Ausdrucksspektrum erweitern, ihre Intimkommunikation verbessern, anstatt auf die »Wunderpille« zu setzen? Es ist unter anderem die sozial-konstruktivistische Bewegung des »New View«, die der zunehmenden Medikalisierung weiblicher wie männlicher Sexualität eine Perspektive gegenüberstellt, die medizinische Aspekte nicht ausblendet, aber psycho-soziale Aspekte stärker in Theorie und Praxis der Behandlung männlicher Sexualitätsprobleme einbezieht [48].

## Sexuelle Marginalisierung

Die Gesundheit von Männern kann darunter leiden, dass Männer aufgrund ihrer sexuellen Orientierungen, Präferenzen oder Interessen *sozial ausgegrenzt, stigmatisiert und diskriminiert* werden, was diverse Folgeprobleme nach sich ziehen kann, insbesondere auch hinsichtlich Selbstbild und sozialer Integration. Im Extremfall können Männer mit seltenen sexuellen Vorlieben Opfer von Hasskriminalität werden und/oder Suizidalität entwickeln. Gemäß sexueller Doppelmoral wird Männern zwar generell in der Gesellschaft ein aktiveres und freizügigeres Sexualverhalten als Frauen zugestanden, ohne dass es zu sozialer Sanktionierung kommt. Bei Abweichungen vom aktuellen Verständnis sexueller »Normalität« droht jedoch auch Männern sexuelle Marginalisierung.

Dies betrifft etwa *Homosexualität*, *Bisexualität* und auch *Asexualität* bei männlichen Jugendlichen (siehe Kapitel 2.5) sowie bei erwachsenen Männern (siehe Kapitel 3.2 und 3.3). Die mittlerweile verstärkte Sichtbarkeit männlicher Homosexualität in Massenmedien und im Internet ist nicht vorschnell als Indikator dafür zu werten, dass Normalität und Gleichstellung im Alltag überall bereits erreicht seien (z. B. besteht weiterhin Benachteiligung in rechtlicher Hinsicht oder im Berufsleben, [49, S. 247]). Zumal die mediale Auseinandersetzung mit männlicher Homosexualität ihrerseits nicht selten homonegativ ausfällt (z. B. in Form von stereotypisierenden Darstellungen oder Online-Hass). Probleme mit sexueller Marginalisierung erleben weiterhin nicht selten auch männliche Jugendliche und erwachsene Männer, die sexuell an bestimmten *Fetischen* und/oder an einvernehmlichen *sadomasochistischen Praktiken* interessiert sind (siehe Kapitel 3.6). Wie gut es Männern gelingt, soziale Ausgrenzung zu überwinden und statistisch seltenere sexuelle Vorlieben in Selbstbild und eigene Lebenswirklichkeit zu integrieren, hängt von vielen personalen, situativen und Umwelt-Faktoren ab. So können zum Beispiel homosexuelle Jugendliche in Deutschland besonders starke Stigmatisierung erfahren, wenn sie aus religiös-konservativen Milieus stammen [50] (siehe zur Intersektionalität auch Kapitel 3.2).

Unter den sexuellen Interessen am stärksten stigmatisiert ist die *Pädophilie*, das sexuelle Interesse an präpubertären Kindern. In einer deutschen Studie forderten 39% der Befragten

Präventivhaft für Menschen mit pädophilen Neigungen, auch wenn diese keinerlei kriminelle Vergangenheit hatten; 14% wünschten ihnen den Tod [51]. In Folge dieser massiven Stigmatisierung dürften Männer mit pädophiler Neigung verstärkter Isolation ausgesetzt sein, was ihre Erreichbarkeit für soziale Unterstützung im Umfeld sowie für therapeutische Hilfe reduziert und somit das Risiko von Übergriffen auf Kinder erhöht. Die Bevölkerung, einschließlich Journalisten und medizinischem Fachpersonal, ist besser darüber aufzuklären, dass Missbrauchstäter/innen oft nicht pädophil sind und dass Männer mit pädophiler Neigung oft keine Missbrauchstaten begehen (wollen) und somit für gewaltpräventive Interventionen erreichbar sind – sofern sie nicht befürchten müssen, dass allein das Ansprechen ihrer Interessen bereits zu gesellschaftlicher Ächtung führt (zu Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch siehe auch Kapitel 5.4).

Abgesehen von dem besonders eklatanten Stigmatisierungsbeispiel Pädophilie ist der gesamtgesellschaftliche Umgang mit einvernehmlich ausgelebten Paraphilien (also mit tatsächlich oder vermeintlich ungewöhnlicheren bzw. selteneren sexuellen Interessen) sowie mit nicht-heterosexuellen Orientierungen im Sinne einer *Ent-Stigmatisierung* und *De-Marginalisierung* auch im 21. Jahrhundert noch ein wichtiges Thema. Online-Communitys können hier einen Beitrag zum Empowerment sexueller Minoritäten leisten. Darüber hinaus ist eine anhaltende *evidenzbasierte fachliche Auseinandersetzung* darüber notwendig, was gemäß diagnostischen Krankheitskatalogen wie dem DSM-5 als »ungewöhnliche« sexuelle Präferenz *(Paraphilie)* – im Gegensatz zum vermeintlich »normalen« sexuellen Interesse *(Normophilie)* – zu gelten hat [52]. Weiterhin ist zu hinterfragen, unter welchen Bedingungen eine ungewöhnliche sexuelle Präferenz zur Krankheit erklärt wird oder nicht (*paraphile Störung* gemäß DSM-5). Darüber hinaus ist evidenzbasiert zu entscheiden, welche Merkmale einzelnen paraphilen Störungen zugeschrieben werden (z. B. tatsächliche oder vermeintliche Unveränderbarkeit von Pädophilie, [53]).

### Sexuelle Verunsicherung

Das sexuelle Wohlbefinden von Jungen und Männern kann dadurch beeinträchtigt sein, dass sie sich in sexueller Hinsicht verunsichert fühlen. In der Männerforschung werden *unrealistische und widersprüchliche Männlichkeitsideale* dafür verantwortlich gemacht, dass Männer in sexuellen Interaktionen und Beziehungen mit Frauen heute teilweise gar nicht wissen, ob und wann sie sich dominant und draufgängerisch oder sanft und feinfühlig zeigen sollen. Die unklaren und überzogenen Ansprüche an Männer würden dafür sorgen, dass viele überfordert seien oder das Gefühl hätten, am Ende sexuell sowieso alles falsch zu machen [54, S. 27]. In dem Maße, in dem die sexualisierte und pornografisierte Medienwelt nun auch Männer verstärkt sexuell explizit darstellt und unerreichbare *Idealbilder männlicher Attraktivität und sexueller Performanz* kursieren, werden insbesondere unsichere Jungen und Männer noch weiter in ihrem Selbstwert, ihrer sexuellen Selbstwirksamkeit und ihrem Körperbild bedroht (siehe oben den Abschnitt zu glorifizierenden Mediendarstellungen männlicher Sexualität). Da bei männlichen Jugendlichen heute oft jahrelange masturbatorische Pornografienutzung den ersten eigenen Erfahrungen mit Partnersexualität vorausgeht, wird eine grundlegende Verunsicherung dahingehend vermutet, welche *sexuellen Skripts* eigentlich im realen Leben – im Kontrast zu fiktionalen Porno-Skripts – üblich sind [55].

Um sexueller Verunsicherung von Jungen und Männern vorzubeugen, ist es zum einen wichtig, das Selbstwertgefühl zu stärken und zum anderen die Medienkompetenz zu fördern, damit die Machart idealisierter sexueller Repräsentationen und Männlichkeitsbilder

durchschaut wird. Empirisch ist noch genauer zu klären, welche Gruppen von Jungen und Männern aus welchen Gründen heute in besonderer Weise unter sexueller Verunsicherung leiden. So ist durchaus nicht abschließend geklärt, ob Sexualisierung und Pornografisierung Verunsicherung steigern oder nicht vielmehr häufig eher reduzieren. In Zeiten der stärkeren Tabuisierung von Sexualität herrschte vermutlich ein hohes Maß an sexueller Verunsicherung, Angst, Scham und Schuldgefühlen vor. Der offenere Umgang mit sexuellen Darstellungen und die sichtbare Vielfalt sexueller Ausdrucksformen erlaubt es Jungen und Männern heute, sich umfassender zu informieren und auszutauschen. So berichten männliche Jugendliche beispielsweise, dass es ihnen Angst und Unsicherheit nimmt, einzelne sexuelle Praktiken vor dem eigenen Ausprobieren zumindest schon einmal im Porno gesehen zu haben. Dabei wissen Jugendliche durchaus, dass vieles im Porno unrealistisch, übertrieben und »Fake« ist [34]. Dass sexuelle Verunsicherung im Rahmen der sexuellen Männergesundheit oft diskutiert wird, verweist auf die anhaltende Notwendigkeit, sexuelle Kompetenz bei Jungen und Männern zu fördern (siehe unten den Abschnitt zu sexueller Kompetenz).

## Sexueller Mangel

Das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden von Männern kann beeinträchtigt sein, wenn sie wiederholt und/oder dauerhaft *sexuelle Zurückweisung und sexuellen Mangel* erleben, sei es beim Kennenlernen neuer Sexualkontakte oder in bestehenden Paarbeziehungen. Sexueller Mangel aufseiten der Männer wird zuweilen als *strukturelles Problem der Heterosexualität* beschrieben – und zwar sowohl im Alltagsverständnis (»Männer wollen Sex. Frauen wollen Liebe.«), als auch in Teilen der Fachliteratur [56]: So zeigen nationale und internationale Studien relativ einhellig, dass Männer aller Altersgruppen in Umfragen angeben, dass sie sich im Vergleich zu Frauen häufigeren und abwechslungsreicheren Sex sowie mehr Sexualpartner wünschen. Diese Unterschiede im Antwortverhalten werden teils auf biologische Faktoren (naturgemäß stärkere sexuelle Motivation bei Männern als bei Frauen, [57]), teils auf psycho-soziale und kulturelle Ursachen zurückgeführt (z. B. sexuelle Doppelmoral und historische Unterdrückung sexuellen Selbstausdrucks bei Frauen, [58]). Aber auch demografische Faktoren wie ein Männerüberschuss in einzelnen Bevölkerungsgruppen können zu strukturellem sexuellem Mangel führen. Ebenso können individuelle Merkmale und Lebensumstände bestimmten Männern den Zugang zu homo- wie heterosexuellen Kontakten erschweren oder verunmöglichen (z. B. bei bestimmten Krankheiten und Behinderungen). Sexueller Mangel wiederum wird bei Männern mit chronischer Frustration, sexueller Aggression und Gewalt, Selbstzweifeln und Unzufriedenheit in Verbindung gebracht [56].

Die Kontroverse um tatsächlichen oder vermeintlichen sexuellen Mangel bei Männern, um dessen Ursachen und Lösungsansätze wird in unterschiedlichen Diskursarenen geführt. In der *Paartherapie* sind Differenzen in sexuellen Bedürfnissen im Sinne männlicher Lust und weiblicher Lustlosigkeit ein häufiges Thema, wobei jedoch zunehmend auch die männliche Lustlosigkeit als Problem auftritt. Probleme beim Kennenlernen neuer Sexualpartnerinnen, wie sie zum Beispiel verstärkt von jungen Männern erlebt werden (z. B. im Zusammenhang mit Schüchternheit oder geringem Sozialstatus), sind bislang oft gar nicht im Fokus der Gesundheitsförderung. Sie werden dafür beispielsweise im Rahmen der im Internet aktiven und hinsichtlich ihres Frauen- und Sexualitätsbildes umstrittenen *Pick-Up-Artist-Szene bzw. Seduction-Community* behandelt, die Männer anleitet, wie sie mit diversen psychologischen Tricks Sexualkontakte zu Frauen herstellen können.

Im Zusammenhang mit sexuellen Menschenrechten und sexueller Gesundheit ist ak-

tuell umstritten, ob und wie das Recht auf sexuellen Selbstausdruck bei Jungen und Männern zu verwirklichen ist, die zum Beispiel aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung bzw. aufgrund der Bedingungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen nicht in der Lage sind, eigenständig Sexualkontakte anzubahnen: Sollten nicht beispielsweise der demografisch wachsenden Gruppe von in Pflegeeinrichtungen lebenden Alzheimer- und Demenz-Patienten bei Bedarf menschenwürdige Möglichkeiten gegeben werden, ihren sexuellen Mangel zu beheben (z. B. durch *Sexualassistenz*), um damit ihre Lebensqualität und ihre Gesamtgesundheit zu verbessern?

## Positive Aspekte männlicher Sexualität

Eine Selbstverständigung der Wissenschaft darüber, wie speziell positive Aspekte der menschlichen Sexualität zukünftig systematischer zu untersuchen sind, hat gerade erst begonnen: So wird beispielsweise eine Forschungsinitiative *Positive Sexualität* – analog dem Forschungsparadigma der *Positiven Psychologie* – vorgeschlagen [4]. Es gilt dabei, den bisherigen Negativ-Bias der Forschung zu überwinden und das recht vage Konzept der sexuellen Gesundheit theoretisch und empirisch zu präzisieren. Bisherige Kriterien- und Indikatoren-Kataloge zur sexuellen Gesundheit sind oft auf die – in der Gesundheitsversorgung vordringlichen – medizinischen und psychosozialen Probleme fokussiert [59]. Positive Aspekte, die vor allem im Bereich der Sexualaufklärung, Sexualpädagogik, Sexualberatung und allgemein der sexuellen Bildung relevant sind, werden dabei zwar angesprochen, aber selten genauer expliziert.

Wie also lässt sich die positive Erlebensseite des Sexuellen, das sexuelle Wohlbefinden, genauer definieren, in Subdimensionen einteilen und messen? Und wie steht es um theoretische Kenntnisse über Ursachen und Folgen sexuellen Wohlbefindens: Welche personalen, situativen und Umwelt-Bedingungen fördern nachhaltig das sexuelle Wohlbefinden bei unterschiedlichen Teilgruppen von Männern im heutigen Digitalzeitalter? Und welche Konsequenzen hat das Erleben von sexuellem Wohlbefinden für Männer? Zu derartigen Fragen existieren bislang keine zusammenfassenden theoretischen Modelle oder Forschungsübersichten.

Ein in der internationalen Fachliteratur an Bedeutung gewinnender konzeptueller Rahmen, der positives sexuelles Erleben (und vor allem die individuellen Voraussetzungen dafür) psychologisch mehrdimensional abbildet, ist die *sexuelle Subjektivität* (sexual subjectivity), also die mehr oder minder stark ausgeprägte Haltung einer Person, sich ausdrücklich als sexuelles Subjekt zu positionieren [60]. Dazu gehört, mit der eigenen Sexualität insgesamt selbstsicher und entspannt umzugehen (sexual self-esteem), den eigenen Körper als sexuell attraktiv und als Lustquelle anzusehen (sexual body-esteem), sich das Recht auf sexuelles Lustempfinden bei der Solosexualität (entitlement to self-pleasure) sowie bei der Partnersexualität (entitlement to sexual desire and pleasure with a partner) zuzugestehen, sich die aktive Gestaltung sexueller Interaktionen gemäß eigenen Bedürfnissen zuzutrauen (sexual self-efficacy), nicht zuletzt auch über sexuelle Erfahrungen nachzudenken und aus ihnen zu lernen (sexual self-reflexion).

Der vorliegende Beitrag knüpft an den Forschungsstand zur sexuellen Subjektivität an, geht aber über die alleinige Betrachtung psychologischer Aspekte hinaus. Er schlägt vor, die positive Erlebensseite von Sexualität in *acht zentrale Aspekte* zu gliedern. Ausgehend von dem Vier-Funktionen-Modell der Sexualität (Lust-, Beziehungs-, Fruchtbarkeits- und Identitätsfunktion, [61]), lassen sich 1. sexuelle Lust, 2. zwischenmenschliche Nähe und Bindung, 3. Spiritualität, 4. Vaterschaft sowie 5. Identitätsbestätigung als positive Aspekte männlicher Sexualität ableiten. Sexuelle Erfahrungen ermöglichen zudem 6. die (Weiter-)Entwicklung sexueller Kompetenz als ei-

ner wichtigen personalen Ressource für sexuelle Gesundheit und bilden 7. die Basis sexueller Zufriedenheit als zentraler positiver Outcome-Variable des eigenen Sexuallebens. Nicht zuletzt sind 8. diverse körperliche und psychische Gesundheitsvorteile sexueller Aktivität anzunehmen.

## Sexuelle Lust

*Sexuelle Lust* (sexual pleasure, sexual enjoyment) ist ein Sammelbegriff für alle positiven – physischen wie psychosozialen – Reaktionen, die bei sexuellen Aktivitäten auftreten. Dazu gehört unter anderem das Erleben von sexueller Erregung und Orgasmen. Zur empirischen Erfassung sexueller Reaktion werden physiologische Messungen (z. B. der Genitaldurchblutung) sowie Selbstauskunftsverfahren (Einzel-Items, psychometrische Skalen) eingesetzt. Manche Theoriemodelle sehen in der Lustfunktion nicht nur eine wichtige, sondern sogar *die wichtigste Funktion* menschlicher Sexualität, noch deutlich vor der Fortpflanzungsfunktion. Das zentrale Argument lautet dabei, dass der Großteil der stark ausdifferenzierten sexuellen Aktivitäten des Menschen faktisch losgelöst von biologischer Reproduktion stattfindet. Das Streben nach lustvollen und befriedigenden sexuellen Erfahrungen wird heute als sexuelles Menschenrecht anerkannt [62]. Zahllose Ratgeber, Produkte und Dienstleistungen, die dem sexuellen Vergnügen von Männern bei der Solo- und Partnersexualität dienen sollen, werden offen vermarktet. An Möglichkeiten der sexuellen Lustsuche mangelt es Männern also heutzutage nicht.

Forschungsbedarf zur sexuellen Lust von Männern besteht vor allem in zweierlei Hinsicht: Zum einen scheint der von Männern praktizierte herkömmliche (Hetero-)Sex ihnen selbst oft weniger authentische sexuelle Freude zu bereiten als erwartet. Zum anderen wissen wir bislang nicht viel über das sexuelle Vergnügen oder Missvergnügen von Männern, die sich in besonderen Lebenssituationen befinden oder sich neuen sexuellen Praktiken zuwenden.

Seit Dekaden weisen Sexualtherapeutinnen und -therapeuten darauf hin, dass zumindest ein Teil der Männer Partnersex nicht besonders entspannt und lustvoll, sondern eher mechanisch, selbstbestätigungs- und leistungsorientiert erlebt. Vor allem sexuelle Mythen, Geschlechter-Stereotype und fragwürdige Männlichkeitsideologien werden für diese Probleme beim Lusterleben von Männern verantwortlich gemacht. Zur Förderung authentischer Lust kann die Stärkung *sexueller Subjektivität* hilfreich sein, etwa das *sexuelle Selbstbewusstsein*, eigene sexuelle Bedürfnisse über leistungsorientierte Normen zu stellen. Schließlich zeigen Studien, dass gerade großartige bzw. *optimale sexuelle Erfahrungen* (optimal sexuality, optimal sexual experiences), die aus Sicht von Männern maximal lustvoll erlebt wurden, sich viel stärker emotionaler Offenheit und zwischenmenschlicher Verbundenheit verdanken als körperlicher Leistung [63]. Irreführende Ideale vom »richtigen Sex« durch ein realistisches Verständnis sexuellen Lusterlebens zu ersetzen und dabei die großen individuellen Unterschiede zwischen Männern und Bedürfnisänderungen über die Lebensspanne hinweg zu würdigen, wäre demnach eine wichtige Aufgabe für die sexuelle Bildung (zu sexueller Gesundheit im Lebenslauf siehe Kapitel 2).

Kann schon unter üblichen Bedingungen das sexuelle Vergnügen von Männern offenbar nicht als automatisch gegeben angenommen werden, wie sieht es dann unter *besonderen Lebensumständen* aus: Wie ist beispielsweise sexuelle Lust für Männer erlebbar, die aufgrund einer Rückenmarksverletzung die Empfindungsfähigkeit in den Genitalien verloren haben? Welche Art von Information und Unterstützung hilft ihnen nach einem Unfall zu welchem Zeitpunkt [64]? Welche Erlebensformen sexueller Lust werden Jungen und Männern mit geistiger Behinderung zugestanden [65]? Und wie steht es empirisch um das Lustpotenzial der so kontrovers diskutierten

kommerzialisierten Formen zeitgenössischer Sexualität: Unter welchen Bedingungen werden zum Beispiel Pornografie und Sextoys von Männern unterschiedlicher sexueller Orientierungen und Altersgruppen als lustvolle Bereicherung ihrer Solo- oder Partnersexualität erlebt [66]?

Nimmt man ernst, dass zur sexuellen Gesundheit ausdrücklich die Lustsuche dazugehört [1], so ist es eine relevante Frage, ob und wie Männer bei Bedarf darin zu unterstützen sind, ihre Sexualitäten lustvoll(er) zu erleben und zu gestalten, was dann als Beitrag zu ihrem sexuellen und allgemeinen Wohlbefinden gelten kann.

### Zwischenmenschliche Nähe und Bindung

*Zwischenmenschliche Nähe* im Sinne des Empfindens wechselseitiger körperlicher und emotionaler Verbindung wird sowohl als Voraussetzung für, als Begleiterscheinung von, wie auch als Folge von lustvoller Partnersexualität beschrieben [63]. Dabei geht es wesentlich um persönliche Zuwendung, offene Kommunikation und Gegenseitigkeit im Austausch. Das positive Erleben zwischenmenschlicher Nähe und Intimität beim Partnersex hängt von unterschiedlichen Faktoren der Person und der Interaktion ab.

Die Frage, ob eine sexuelle Begegnung als persönlich/nah oder unpersönlich/distanziert empfunden wird, liegt auf einer anderen Ebene als die Frage, ob Partnersex im Rahmen einer kurzfristigen/unverbindlichen oder einer *langfristigen/verbindlichen sozialen Beziehung* stattfindet. So kann der Partnersex in Ehe oder Paarbeziehung routiniert und mechanisch, der Partnersex bei einem One-Night-Stand dagegen als innig und intim erlebt werden. Generell zeigt sich, dass lustvolle Partnersexualität, Beziehungsqualität und Bindungsdauer bei Paaren positiv korrelieren, wobei die Kausalmechanismen unklar sind: So mag gute Partnerbindung die Sexqualität erhöhen und gleichzeitig umgekehrt gute Sexqualität die zwischenmenschliche Bindung stärken [5]. Da eine zufriedenstellende Paarbeziehung eine ganz zentrale Ressource für umfassende Gesundheit darstellt und sexuelle Probleme zu Beziehungskrisen und Trennungen führen können, gilt es im Zuge der Sexualaufklärung und sexuellen Bildung Fragen rund um Intimität und Bindung ausdrücklich zu behandeln.

### Spiritualität

Die Fruchtbarkeitsfunktion der Sexualität [61] hat zwei Unteraspekte: Neben der biologischen Fortpflanzung geht es auch um das Erleben von Sexualität als *Lebens- und Schöpfungsenergie*, als Verbindung mit allem Lebendigen oder mit einer höheren Kraft [67–68]. Eine solche spirituelle Erlebensdimension stellt sich, wie Interview-Studien zeigen, bei Männern und Frauen zuweilen spontan beim Sex ein [68] und wird als Element herausragend befriedigender sexueller Erlebnisse berichtet [63]. Teilweise wird sexuelle Transzendenz von Männern und Frauen auch bewusst angestrebt, zum Beispiel durch Atemtechniken im Rahmen von Tantra-Seminaren [54]. Daten zur Verbreitung und Bedeutung spiritueller sexueller Erfahrungen bei Männern in Deutschland liegen nicht vor.

Die Würdigung transzendenter sexueller Erfahrungen, die sich um Selbstauflösung und umfassende Verbundenheit drehen, bildet einen Kontrapunkt zum engen Sexualitätsverständnis tradierter Männlichkeit, das auf Selbstbestätigung der eigenen Männlichkeit durch sexuelle Potenz abhebt. Die Beschäftigung mit spirituellen Aspekten der Sexualität kann im Rahmen der Förderung von sexuellem Wohlbefinden zudem ein hilfreiches Gegengewicht zu einseitiger Medikalisierung (Hoffnung auf sexuelle Erfüllung durch eine »Lustpille«) oder Kommerzialisierung (Hoffnung auf sexuelle Erfüllung durch bezahlte Dienstleistungen) männlicher Sexualität bieten. Spiritualität ist weiterhin eine positive sexuelle Erlebensqualität, die mit zunehmendem

Lebensalter nicht abnimmt, was dieses Konzept unter anderem für die Förderung sexuellen Wohlbefindens älterer Männer relevant macht (zu Sexualität im Alter siehe Kapitel 2.10).

### Vaterschaft

Ein positiver Aspekt männlicher Sexualität ist *gewollte Zeugung, Schwangerschaft und Vaterschaft*. Sie steht im Kontrast zu den im Kontext sexueller Gesundheit primär diskutierten negativen Aspekten und Problemen im Bereich der reproduktiven Funktion von Sexualität: *Ungewollte Zeugung* bzw. ungewollte Schwangerschaft einerseits und *ungewollte Kinderlosigkeit* bzw. Unfruchtbarkeit andererseits. Im Kontext alltäglichen sexuellen Erlebens spielt Fruchtbarkeit für Männer oft keine große Rolle, da ihre sexuellen Aktivitäten von Reproduktion weitgehend losgelöst sind. In Phasen der Familienplanung kann jedoch die Fruchtbarkeit als eigene positive Erlebensdimension von Sexualität und Identität *(procreative identity)* präsent sein und dabei zum Beispiel die Lust steigern, die Partnerbindung intensivieren, eine besondere Form der Identitätsbestätigung bieten und/oder das Erleben von Transzendenz ermöglichen [69].

### Identitätsbestätigung

Positive sexuelle Erfahrungen können für Jungen und Männer in verschiedener Hinsicht identitätsbestätigend und selbstwertstärkend wirken: Partnersex zu erleben kann die *Cis-Geschlechtsidentität* bestätigen (als biologischer Mann sich als »richtiger« Mann fühlen). Für Mann-zu-Frau- ebenso wie für Frau-zu-Mann-Transgender-Personen kann es die *Trans*-Geschlechtsidentität* bestärken, wenn sie in ihrer selbst definierten Identität agierend Sexualpartner*innen finden und Partnersex erleben (zu Trans-Männlichkeiten siehe Kapitel 3.4). In Abhängigkeit vom Geschlecht der Sexualpartner kann Partnersex auch die *homo-, bi-, pan- oder heterosexuelle Identität* von Männern bekräftigen. Bewusst keinen Partnersex zu praktizieren, kann die *asexuelle Identität* unterstützen. Sexuelle Identitäten, die mit besonderen Präferenzen verbunden und nicht selten von Marginalisierung bedroht sind, werden ebenfalls positiv bestätigt, wenn sie sich beim Partnersex ausleben lassen (z. B. im Falle von Fetischismus). Während es als problematisch angesehen wird, wenn Männer Partnersex in erster Linie als Mittel ihrer Selbstbestätigung ansehen, weil darunter Lusterleben und zwischenmenschliche Intimität leiden, so ist doch eine positive Identitätsbestätigung und Selbstwertsteigerung als Nebeneffekt gelungener Partnersexualität positiv im Sinne sexueller Gesundheit einzustufen.

### Sexuelle Kompetenz

Unter *sexueller Kompetenz* versteht man die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten, um das eigene Sexualleben gelingend zu gestalten, also in sozialverträglicher und zielführender Weise eigene sexuelle Bedürfnisse auszuleben. *Sexuelles und reproduktives Wissen* ist in Form von Sexualaufklärung in Deutschland recht breit verfügbar [46]. Sexualpädagogische Maßnahmen fördern zum Teil auch *sexualbezogene kommunikative und Handlungskompetenzen*. Darüber hinaus erfolgt ein Großteil sexuellen Kompetenzerwerbs informell etwa durch Reflexion eigener Erfahrungen, Gespräche mit Peers, Lektüre von Ratgebern oder Besuch von Veranstaltungen. Hier hat unter anderem das Internet neue Erfahrungsräume für Exploration und diskrete Peer-to-Peer-Beratung eröffnet.

Die theoretische Konzeptualisierung sexueller Kompetenz ist noch nicht weit genug fortgeschritten, ebenso fehlen einschlägige Messinstrumente. Eine Vielzahl von Einzelkonzepten sind in der Fachliteratur zu finden, die mit sexueller Kompetenz verbunden sind, etwa *se-*

*xuelle Selbstreflexion* und *sexuelle Selbstwirksamkeit* [60]. Da im Alltagsleben selten »perfekte« Bedingungen für Sex anzutreffen sind, meint *sexuelle Intelligenz* ausdrücklich Problemlösefähigkeit: Wie kann auch unter nichtperfekten Bedingungen (Zeitmangel, Müdigkeit, Krankheit, räumliche Distanz) für sexuelles Vergnügen gesorgt werden, das womöglich nicht (oder nicht allein) darin besteht, orgasmusorientiert den Geschlechtsakt zu vollziehen [70]? Mit dem Konzept der *sexuellen Bildung* [71–72] sind unter anderem auch politische Aspekte des Sexuellen angesprochen: So sollte eine sexuell gebildete Person erkennen können, wenn sexualbezogene Themen politisch instrumentalisiert werden (z. B. um Ausländerfeindlichkeit zu schüren). Aktuelle Daten zur sexuellen Bildung der erwachsenen männlichen Bevölkerung stehen aus.

### Sexuelle Zufriedenheit

*Sexuelle Zufriedenheit* (sexual satisfaction) liegt vor, wenn eine Person eine emotional und kognitiv positive Gesamtbilanz ihres Sexuallebens zieht – und zwar auf der Basis ihrer eigenen Standards [73]. So kann ein Mann, der keinerlei sexuellen Aktivitäten nachgeht, hohe Zufriedenheit mit seinem Sexualleben bekunden, wenn er sich zum Beispiel aufgrund von Asexualität gar nichts anderes wünscht. Umgekehrt kann ein sexuell sehr aktiver Mann sexuell unzufrieden sein, weil er sich idealerweise mehr Sex oder anderen Sex wünscht. Eine hohe sexuelle Zufriedenheit deutet darauf hin, dass es entweder gelungen ist, das tatsächliche Sexualleben entsprechend den eigenen Standards zu gestalten und/oder die eigenen Idealvorstellungen den realen sexuellen Verhältnissen anzupassen. Zur Messung der sexuellen Zufriedenheit als zentraler positiver Outcome-Variable des Sexuallebens werden sowohl Einzel-Items als auch psychometrische Skalen eingesetzt. Aktuelle bevölkerungsrepräsentative Daten zur Verbreitung sexueller Zufriedenheit bei Männern in Deutschland fehlen.

Internationale Studien zeigen, dass die Allgemeinbevölkerung üblicherweise eine mittlere bis gute sexuelle Zufriedenheit angibt. Dabei bestehen im Durchschnitt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen, zwischen hetero- und homosexuellen Männern oder zwischen jüngeren und älteren Männern – sie sind alle in vergleichbarem Maße sexuell zufrieden [73–74]. Der beste Prädiktor für Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben ist in allen Altersgruppen die Zufriedenheit mit der eigenen Liebesbeziehung, in der ja statistisch die überwältigende Mehrzahl der Geschlechtsakte stattfindet. Um die sexuelle Zufriedenheit zu steigern, wird theoriebasiert entsprechend empfohlen, an der Paarbeziehung anzusetzen: Gemäß dem *Sexual Knowledge and Influence Modell* (SKIM) entsteht sexuelle Zufriedenheit durch offene Kommunikation unter Partnern, gemäß dem *Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction* (IEMSS) durch ein ausgewogenes Geben und Nehmen, das heißt, die eigene sexuelle Zufriedenheit und die der Partnerin oder des Partners sind verknüpft. Da die sexuelle Zufriedenheit maßgeblich von den eigenen Standards abhängt, kann auch die Ausbildung realistischer Maßstäbe, also etwa die Erwartung von »ausreichend gutem« statt »perfektem« Sex ein wichtiger Beitrag zur sexuellen Zufriedenheit sein [75].

### Körperliche und psychische Gesundheitsvorteile sexueller Aktivität

Eine ausbalancierte Betrachtung von Sexualität und sexueller Gesundheit darf nicht nur auf gesundheitsförderliche Vermeidung riskanter sexueller Aktivitäten abzielen, sondern muss auch die *gesundheitsförderliche Beteiligung an sexuellen Aktivitäten* würdigen. Es mehren sich jedenfalls in jüngster Zeit die Studien, die positive Zusammenhänge zwischen sexueller Aktivität und *körperlicher Gesundheit* herstellen [5]: Männer, die sexuell aktiver sind, zeigen bessere Immunwerte, eine bessere Herz-Kreis-

lauf-Gesundheit, ein geringeres Prostatakrebs-Risiko und eine höhere Lebenserwartung. Positive Zusammenhänge werden zudem bei der *psychischen Gesundheit* nachgewiesen oder zumindest ernsthaft diskutiert: Männer, die sexuell aktiver sind, leiden weniger unter Depressionen, Ängsten, Schlafstörungen und Stress. Bislang sind die meisten dieser Untersuchungen jedoch *rein korrelativer Natur;* randomisierte Kontrollgruppenstudien fehlen, sodass Wirkrichtungen offen sind. Ebenso steht die Theoriebildung am Anfang. Wir wissen zum Beispiel noch nicht genau, über welchen Wirkmechanismus sexuelle Aktivität lebensverlängernd wirkt (z.B. direkt über den körperlichen Trainingseffekt und/oder indirekt über die verbesserte Beziehungsqualität).

Die neue Botschaft *»Sex ist gesund!«* wurde trotz mangelnder umfassender Kausalevidenz indessen von den Massenmedien und Fachorganisationen national und international breit aufgegriffen. »Besser als Yoga oder Pillen – so gesund ist Sex« verkündete beispielsweise das Nachrichtenmagazin *Focus*. Und die *American Sexual Health Association* (ASHA) betont auf ihrer Website wiederholt, dass regelmäßige Selbstbefriedigung nicht nur »okay«, sondern ausgesprochen »gesund« ist. Ein Sex-ist-gesund-Diskurs mag hilfreich für Jungen und Männer sein, wenn er Scham- und Schuldgefühle reduziert und zum Beispiel die historisch pathologisierte Masturbation nun zur vernünftigen Gesundheitsvorsorge erklärt. Gleichzeitig kann die Betonung von körperlichen und psychischen Gesundheitsvorteilen sexueller Aktivitäten aber auch normierend wirken und sexuell weniger aktive Gruppen von Männern unter Druck setzen, gar einen bedenklichen Trend zur leistungsorientierten sexuellen Selbstoptimierung vorantreiben. Wird regelmäßige sexuelle Aktivität dann bald zur Pflichtübung? Die *Quantified-Self-Bewegung*, die zur Selbstoptimierung sämtliche Lebensäußerungen digital dokumentiert, nutzt längst diverse Apps, um die eigene sexuelle Aktivität zu protokollieren und statistisch auszuwerten.

## Handlungsempfehlungen zur Förderung der sexuellen Gesundheit von Männern

Für Wissenschaft, Gesundheits- und Bildungssystem, Medien und Politik lassen sich aus der vorliegenden Bestandsaufnahme sexueller Männergesundheit eine Reihe von Empfehlungen ableiten. Zudem sind exemplarisch diverse Good-Practice-Beispiele und Materialien zu nennen, die der Förderung der sexuellen Männergesundheit dienen.

### Handlungsempfehlungen für die Wissenschaft

Auch wenn die Zahl der wissenschaftlichen Studien über männliche Sexualität stetig wächst (siehe oben Tabelle 1), so sind doch zahlreiche Forschungslücken noch zu schließen: Gerade im Hinblick auf das Konzept der sexuellen Gesundheit ist zu beklagen, dass die bisherige Forschung stark pathogenetisch bzw. sexnegativ ausgerichtet ist. *Salutogenetische bzw. sexpositive Perspektiven* auf männliche Sexualität müssen dementsprechend theoretisch und empirisch weiterentwickelt werden, etwa im Rahmen des Positive-Sexuality-Ansatzes [4]. Will man den Status quo sexueller Männergesundheit zukünftig ausgewogen erfassen, so ist es notwendig, sich über *Indikatoren und Messinstrumente* einig zu werden, die sowohl negative Aspekte (z.B. sexuelle Aggression und sexuelle Viktimisierung online wie offline) als auch positive Aspekte (z.B. sexuelle Kompetenz und sexuelle Zufriedenheit) der Sexualität gendersensibel und valide erfassen.

Im Hinblick auf die *empirische Datenbasis* zur männlichen Sexualität ist zu beklagen, dass zu vielen gesundheitsrelevanten Fragestellungen aktuelle bevölkerungsrepräsentative Daten fehlen (z.B. zur Verbreitung sexueller Verunsicherung oder sexuellen Mangels bei Männern). Zu wenig Datenmaterial steht zudem zur Verfügung, wenn es um die sexuelle Gesundheit von Teilgruppen von Männern geht

(z. B. Männer mit unterschiedlichen Behinderungen, männliche Geflüchtete in Deutschland). Mangelhaft ist auch die Datenlage zu tatsächlichen oder vermeintlichen Medieneinflüssen auf das sexuelle Erleben und Verhalten von Männern und zu der Frage, wie männliche Sexualitäten in Massenmedien und Sozialen Medien repräsentiert sind: Welche Männer werden in der Öffentlichkeit heute etwa als sexuelle Gewalttäter oder als sexuelle Gewaltopfer besonders hervorgehoben, welche dagegen unsichtbar gemacht? Obwohl Einigkeit darüber besteht, dass im Digitalzeitalter Internet- und Smartphone-Nutzung eine wichtige Rolle im Sexualleben vieler Männer einnehmen, fehlen auch hier belastbare Daten. Die ARD-ZDF-Online-Studie, die jährlich die Internet-Nutzung der Bevölkerung in Deutschland erhebt, blendet sexualbezogene Nutzung aus. Nicht zuletzt steht die Forschung vor der Aufgabe, ihre Befunde zur sexuellen Männergesundheit stärker in die öffentlichen Debatten einzubringen, insbesondere dort, wo diese von Mythen und Fehlinformationen (z. B. beim Thema Pädophilie) dominiert sind.

## Handlungsempfehlungen für das Gesundheitssystem

Die bisherigen Ansätze zur Prävention und Behandlung negativer, gesundheitsbeeinträchtigender Aspekte der männlichen Sexualität (z. B. sexuell übertragbare Infektionen und Krankheiten, sexuelle Funktions- und Fruchtbarkeitsstörungen) gilt es weiter auszubauen und dabei auch positive, gesundheitsförderliche Aspekte zu integrieren. Ein strukturelles Problem besteht darin, dass sexuelle Probleme in der Gesundheitsversorgung viel zu selten thematisiert werden: Mehr als die Hälfte der 40- bis 80-jährigen Männer in Deutschland (54.2%) ist der Auffassung, dass Ärzte routinemäßig nach möglichen sexuellen Schwierigkeiten fragen sollten – tatsächlich wurde aber nicht einmal jeder zehnte Mann (9.2%) in den zurückliegenden drei Jahren beim Arzt darauf angesprochen [47, S. 441]. Nicht nur ist die generelle Bereitschaft und Fähigkeit des medizinischen Fachpersonals, Fragen der sexuellen Männergesundheit proaktiv anzusprechen, zu fördern. Auch Veränderungstrends in der Sexualität sind fortlaufend in die Ausbildung einzubeziehen: Ein zeitgenössisches Phänomen wie die über Dating-Apps verabredeten »Chemsex-Partys« in urbanen Schwulen-Szenen erfordert beispielsweise die Zusammenarbeit von Drogen- und Sexualberatung. In Zeiten zunehmender Selbstoptimierung und Medikalisierung männlicher Sexualität wird es in der Behandlung und Beratung wichtiger, unrealistische Erwartungen und problematische Männlichkeitsideale infrage zu stellen und zu verdeutlichen, dass sexuelle Lust bei Männern über die gesamte Lebensspanne hinweg nicht an sexuelle Leistung bzw. Leistungssteigerung gebunden ist. Das wachsende Bewusstsein dafür, dass auch Jungen und Männer sexuell viktimisiert werden, verweist auf die Notwendigkeit, das Problem der sexuellen Gewalt in der Gesundheitsversorgung sehr differenziert gendersensibel zu behandeln.

Nicht zuletzt ist sicherzustellen, dass medizinisches Fachpersonal sexuelle Gesundheitsfragen kompetent und sachgerecht behandelt und dass keine Stigmatisierung von nicht-heterosexuellen oder paraphilen Männern stattfindet. Angesichts der in Medien und Bevölkerung weit verbreiteten Fehlinformationen und Ressentiments gegenüber Pädophilen ist zum Beispiel fraglich, ob Männer mit entsprechenden Interessen sich Ärzten und Therapeuten heute tatsächlich bedenkenlos anvertrauen können. Schließlich ist der angemessene (d. h. sexuelle Menschenrechte berücksichtigende) Umgang von Institutionen und Fachpersonal mit Jungen und Männern, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung beim Ausleben von Solo- und Partnersexualität auf Unterstützung angewiesen sind, noch immer ein weitgehend ungelöstes Problem. Im Zuge des demo-

grafischen Wandels wird die Versorgung dieser Personengruppe (z. B. Demenz-Patienten mit starken sexuellen Bedürfnissen) an Bedeutung gewinnen.

## Handlungsempfehlungen für das Bildungssystem

Eine gesunde sexuelle Entwicklung im heutigen Digitalzeitalter setzt voraus, dass altersgerechte Sexual- und Medienerziehung bereits im Kleinkindalter beginnt, wobei Elternhäuser und Kindergärten gefordert sind. Außerdem ist eine umfassende *schulische wie außerschulische Sexual- und Medienbildung* notwendig, um die allseits geforderte Medien- und Sexualkompetenz zu entwickeln. Hierbei ist eine nachhaltige Integration wirksamer sexual- und medienpädagogischer Maßnahmen gefragt, die in der Praxis bislang weitgehend fehlen oder allenfalls punktuell stattfinden. Nachholbedarf besteht bei der Konzeptentwicklung, der Implementierung und Umsetzung sowie bei der Evaluation zeitgemäßer Sexual- und Medienbildungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche. Aufgrund der hohen Schamschwellen im Austausch zwischen Eltern und pädagogischen Fachkräften einerseits und männlichen Jugendlichen andererseits (z. B. wenn es um Selbstbefriedigung und Pornografie geht), sind Peer-Education-Konzepte sowie Online-Sexualaufklärung sinnvolle Ergänzungen. Angesichts der großen Verbreitung sexueller Grenzverletzungen und sexistischer Beleidigungen offline wie online sind Respekt, Einvernehmen und Gewaltfreiheit als zentrale Inhalte der Medien- wie der Sexualerziehung männlicher Jugendlicher anzusehen. Die in Deutschland etablierte Sexualerziehung schreibt (im Unterschied zu den USA) keine sexuelle Abstinenz bis zur Ehe vor, sondern begleitet ein verantwortungsvolles Hineinwachsen in individuell gewünschte sexuelle Aktivität. Im heutigen Digitalzeitalter beinhaltet das Anbahnen und Führen erster sexueller Beziehungen oft auch Online-Aktivitäten (z. B. Austausch sexueller Text- und Bildbotschaften, sogenanntes »Sexting«). Anstelle von nutzlosen oder gar schädlichen medialen Abstinenzforderungen sind somit Konzepte gefragt, die männliche Jugendliche zu einem sexualbezogenen Online-Verhalten befähigen, das Risiken der Selbst- und Fremdschädigung reduziert, gleichzeitig aber altersdifferenziert positive Aspekte wie Neugier, Identitätserprobung, Kontakt- und Lustsuche online wie offline anerkennt [44].

Neben der Verbesserung der Medien- und Sexualerziehung Heranwachsender ist ein zielgruppengerechtes Angebot an *lebenslanger sexueller Weiterbildung* für Männer wünschenswert, damit sie sich zum Beispiel auf altersbedingte Veränderungen, auf unterschiedliche Lebenssituationen und Beziehungskonstellationen persönlich einstellen können, aber auch um in einer demokratischen Gesellschaft mündig über geschlechter- und sexualpolitische Fragen mitdiskutieren und mitentscheiden zu können. Darüber hinaus ist es wichtig, sexualbezogene Inhalte in einschlägige medizinische, psychologische, pädagogische, gesundheits- und pflegewissenschaftliche sowie journalistische Ausbildungs- und Studiengänge zu integrieren, um die *sexuelle Fachexpertise* in den relevanten Berufsgruppen generell zu heben. Die Herausforderung besteht darin, nicht nur die seit Langem beklagte generell unzureichende Behandlung sexualbezogener Themen im Bildungssystem zu überwinden, sondern Fragen der sexuellen Gesundheit dann auch noch inhaltlich und didaktisch zeitgemäß (z. B. unter Einbeziehung sexueller Online-Aktivitäten) und gendersensibel (d. h. jenseits von Geschlechterstereotypen) zu behandeln.

## Handlungsempfehlungen für die Medien

Angesichts der weit verbreiteten Kritik an medialen Darstellungen von und medienvermit-

telten Umgangsweisen mit Sexualität sind zur Förderung der sexuellen Männergesundheit auch die Medien wichtige Akteure. Im Sinne journalistischer Qualitätssicherung ist zum Beispiel zu fordern, dass *sexualbezogene Medienberichterstattung* weniger reißerisch erfolgt und sich an ethischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Durch die Verknüpfung massenmedialer Berichterstattung mit Diskursen in Sozialen Medien haben alarmistische Berichte zu sexuellen Themen heute eine ganz neue Tragweite, können zu Online-Hetzkampagnen führen oder politisch instrumentalisiert werden. Eine bessere Selbstreflexion (z. B. der eigenen Mitverantwortung für das Erzeugen von Moralpanik) und Selbstregulierung (Verzicht auf sexuell reißerische und voyeuristische Berichterstattung, auch wenn diese die meiste Aufmerksamkeit generiert) ist zumindest von den Qualitätsmedien zu fordern. Die öffentlich-rechtlichen Anstalten sind hinsichtlich Art und Umfang der Berichterstattung über sexuelle Themen an ihrem Bildungsauftrag zu messen. Im Hinblick auf fiktionale Medienangebote gilt es, die transportierten Idealbilder von Männern, Männlichkeit und männlicher Sexualität zu hinterfragen und vielfältigere sowie auch stereotypkonträre Darstellungen bewusst stärker einzubeziehen. Nicht zuletzt sind angesichts der Probleme mit der Verbreitung von rufschädigenden sexuellen Gerüchten, sexueller Beleidigung und Belästigung, Missbrauch intimer Fotos usw. auf Online-Portalen auch die Plattform-Betreiber und Social-Media-Entwickler heute stärker in die Pflicht zu nehmen, unethische und strafrechtlich relevante sexualbezogene Online-Verhaltensweisen zu unterbinden.

### Handlungsempfehlungen für die Politik

Die in den soeben genannten Handlungsfeldern notwendigen Maßnahmen erfordern es, in sexuelle Gesundheitsförderung zu investieren. Dementsprechend sind *Forschungs-, Gesundheits- und Bildungspolitik* angesprochen: Dass wir so viele Forschungslücken im Hinblick auf sexuelle Männergesundheit beklagen müssen, liegt nicht zuletzt daran, dass im deutschen Wissenschaftssystem die Sexualforschung kaum noch existent ist und Fördergelder für sexualwissenschaftliche Studien schwer zu akquirieren sind, insbesondere wenn es um positive Aspekte der Sexualität geht. Die großen und durch den demografischen Wandel wachsenden Probleme im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung und Pflege lassen Fragen der sexuellen Gesundheit der Patienten und Klienten in den Hintergrund treten, sofern man sie nicht politisch auf die Agenda setzt. Dasselbe gilt für die Förderung der sexuellen Bildung, die vor dem Hintergrund von Sparmaßnahmen im Bildungssektor einen schweren Stand hat, zumal sexualbezogene Bildungsziele wie die Akzeptanz sexueller Vielfalt heute wieder politisch kontroverser geworden sind. Die Politik ist gefragt, wenn es um die Durchsetzung von Bürger- und Verbraucherrechten gegenüber Online-Plattform-Betreibern und App-Anbietern geht, denen die Nutzenden in großem Umfang sensible Informationen über ihr Sexualleben anvertrauen. Weitere politische Herausforderungen bestehen darin, sexualisierte Gewalt offline und online rechtlich angemessen zu regeln sowie die sexuellen Menschenrechte im deutschen Recht umfassend zu verankern (z. B. hinsichtlich der Gleichstellung gleichgeschlechtlicher Paare oder intergeschlechtlicher Menschen).

### Ausgewählte Praxisbeispiele und Materialien

Um zu verdeutlichen, wie praktische Maßnahmen zur Förderung der sexuellen Männergesundheit heute aussehen können und welche Informations- und Bildungsmaterialien zur Verfügung stehen, seien abschließend einige ausgewählte Beispiele zusammengetragen.

*Fachlich fundierte Ratgeber-Literatur zur männlichen Sexualität*

- *BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2002).* Wie geht's – wie steht's? Wissenswertes für Jungen und Männer. Köln: BZgA.
- *Fliegel, S. & Veith, A. (2010).* Was jeder Mann über Sexualität und sexuelle Probleme wissen will: Ein Ratgeber für Männer und ihre Partnerinnen. Göttingen: Hogrefe.
- *Zilbergeld, B. (2000/1978).* Die neue Sexualität der Männer: Was Sie schon immer über Männer, Sex und Lust wissen wollten. Tübingen: DGVT.

*Websites zur Sexualaufklärung für unterschiedliche männliche Zielgruppen*

- *Info4Escorts.de* (Arbeitskreis deutschsprachiger Stricherprojekte): Gesundheitsbezogene Informationen und Beratung für Jungen und Männer, die mit Sex Geld verdienen.
- *MakeLoveNotPorn.com* (Cindy Gallop): Sexualitätsdarstellungen in der Pornografie werden sexueller Alltagspraxis gegenübergestellt. Das Material soll vor allem jungen Männern eine Orientierung darüber geben, welchen Realitätsgehalt fiktionale pornografische Sexualitätsdarstellungen haben.
- *Pflege-deinen-Schwanz.de* (AIDS-Hilfe Dresden/Matthias Stiehler): Allgemeines Informationsportal zur sexuellen Männergesundheit.
- *Sexsicher.de* (Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit/Harriet Langanke): Informationen über Safer Sex für Prostitutionskunden in für die Szene typischer Sprache. Die Informationen wurden zusammen mit der Zielgruppe erarbeitet. Zudem ist die Website in einschlägigen deutschsprachigen Freier-Foren verlinkt.
- *Zanzu.de* (BZgA/Sensoa): Grundlegende Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit in zahlreichen Sprachen und mit visueller Veranschaulichung. Das Material kann selektiv von Fachkräften eingesetzt werden, die mit Männern und Frauen unterschiedlicher Muttersprachen und Kulturkreise arbeiten.

*Video-Material zur Sexualaufklärung für unterschiedliche männliche Zielgruppen*

- *61MinutenSex* (YouTube-Kanal von Jan Winter & Gianna Chanel): Lustorientierte Sexualaufklärung mit sexualpädagogischem Hintergrund, die sich mit kurzen Video-Clips vor allem an männliche Jugendliche richtet. In den Videos werden Fragen und Reaktionen der jungen Zuschauer aufgegriffen.
- *Geiler Scheiß* (Medienprojekt Wuppertal): Dokumentarfilm (2008) über den Umgang männlicher und weiblicher Jugendlicher mit Pornografie. Der Film wurde unter Mitarbeit der Jugendlichen produziert und zeigt die Vielfalt der Aneignungs- und Sichtweisen der Jugendlichen.
- *MrTransQueer* (YouTube-Kanal von einer Gruppe von Trans*-Männern): Authentische Erfahrungsberichte von jungen Trans*-Männern zu Fragen der Identität, Liebe und Sexualität.
- *Survival Guide – Love & Sex* (YouTube-Kanal von Endemol beyond GmbH; mit Mia & Lars): Lustorientierte Sexualaufklärung für männliche und weibliche Jugendliche.

*Peer-to-Peer-Beratung und Selbsthilfegruppen zur sexuellen Männergesundheit*

- *AVEN-Forum.de* (deutschsprachiges Forum des Asexual Visibility and Education Network AVEN): Online-Forum für Erfahrungsaustausch, Weiterbildung und soziale Unterstützung von und für asexuelle Menschen.
- *forum.dgti.info* (Forum der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexua-

lität e.V.): Online-Forum für Erfahrungsaustausch zu Transidentität und Intersexualität.
- *Impotenz-Selbsthilfe.de* (Selbsthilfegruppe Erektile Dysfunktion, Gröbenzell): Informationsplattform über Selbsthilfe-Initiativen von Männern mit Erektionsstörungen.

### *Präventions-Projekte und Kampagnen zur sexuellen Männergesundheit*

- *AKSD.eu* (Arbeitskreis deutschsprachiger Stricherprojekte): Zusammenschluss von sozialpädagogischen Einrichtungen, die gesundheitsbezogene Arbeit mit der Zielgruppe männlicher Prostituierter anbieten.
- *ItGetsBetter.org* (Dan Savage): Weltweite Initiative zur Prävention von Diskriminierung und Mobbing gegen lesbische, schwule, bisexuelle und transgender Jugendliche.
- *IWWIT.de* (»Ich weiß was ich tu«, Deutsche AIDS-Hilfe): Bundesweite Präventionskampagne für schwule Männer zu Fragen der sexuellen Gesundheit.
- *Kein-Taeter-Werden.de* (Universitätsklinikum Charité in Berlin, Klaus Beier): Präventionsnetzwerk, das bundesweit an verschiedenen Standorten kostenlose und vertrauliche Behandlungsangebote für Menschen bietet, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und keine Übergriffe begehen wollen.
- *Männerberatung von Pro Familia* (pro-familia.de): Beratung speziell für Jungen und Männer zu Fragen von Sexualität, Partnerschaft, Schwangerschaftskonflikt usw.

## Literatur

1 WHO (World Health Organization). Defining Sexual Health. Genf: WHO; 2006 [zitiert am 02.02.2017]. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf.

2 Dekker A. Was heißt: Sexualität ist »bio-psycho-sozial«? Über die erkenntnistheoretischen Grundlagen interdisziplinärer Sexualforschung. ZS für Sexualforschung. 2013;26(1):34–43.

3 Arakawa DR, Flanders CE, Hatfield E, Heck R. Positive Psychology: What Impact has it had on Sex Research Publication Trends? Sexuality & Culture. 2013;17(2):305–320.

4 Williams DJ, Thomas JN, Prior EE, Walters W. Introducing a Multidisciplinary Framework of Positive Sexuality. Journal of Positive Sexuality. 2015;1:6–11.

5 Diamond LM, Huebner DM. Is good sex good for you? Rethinking sexuality and health. Social and Personality Psychology Compass. 2012; 6/1:54–69.

6 Meuser M. Geschlecht und Männlichkeit. 3. Aufl. Wiesbaden: VS; 2010.

7 Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. Gender Soc. 2005;19:829–859.

8 Levant RF. Research in the psychology of men and masculinity using the gender role strain paradigm as framework. Am Psychol. 2011;66:765–776.

9 Kiselica MS, Benton-Wright S, Englar-Carlson M. Accentuating positive masculinity: A new foundation for the psychology of boys, men, and masculinity. In: Wong YJ, Wester SR (Hrsg.), APA Handbook of Men and Masculinities. Washington, DC, US: APA; 2016:123–143.

10 Anderson E. Inclusive Masculinity: The Changing Nature of Masculinities. London: Routledge; 2009.

11 Winter R, Neubauer G. Kompetent, Authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen. Köln: BZgA; 1998.

12 Heasley R. Queer masculinities of straight men: A typology. Men Masc. 2005;7(3):310–320.

13 Simpson M. The Metrosexual is dead. Long live the spornosexual. The Telegraph; 2014 [zitiert am 02.02.2017]. http://www.telegraph.co.uk/men/fashion-and-style/10881682/The-metrosexual-is-dead.-Long-live-the-spornosexual.html.

14 Pohl R. Männer – das benachteiligte Geschlecht? Weiblichkeitsabwehr und Antifeminismus im Diskurs über die Krise der Männlichkeit. Gruppenpsychother Gr. 2012;48(3):296–324.

15 Bosinski HAG. Sexuelle Gesundheit von Männern aus sexualmedizinischer Sicht. Bundesgesundheitsblatt. 2013;56:215–222.

16 RKI (Robert Koch Institut). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut; 2014 [zitiert am 02.02.2017]. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennergesundheit.pdf.

17 Petersen JL, Hyde JS. A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. Psychol Bull. 2010;136(1):21–38.

18 Vanwesenbeeck I. Doing Gender in Sex and Sex Research. Archives of Sexual Behavior. 2013;38:883–898.

19 Schmitz S, Höppner G. Neurofeminism and feminist neurosciences: a critical review of contemporary brain research. Front Hum Neurosci. 2014;8:Artikel 546.

20 Schröttle M. Die Studienergebnisse des Robert-Koch-Instituts zu Gewalt gegen Frauen und Männer: Ein Lehrstück für die Notwendigkeit einer methodisch versierten Erfassung, Auswertung und Interpretation geschlechtervergleichender Daten im Rahmen einer geschlechtersensiblen Gewalt- und Gesundheitsforschung. 2013 [zitiert am 02.02.2017]. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Basispublikation/Stellungnahme_Schroettle.pdf.

21 Döring N. The Internet's Impact on Sexuality. A Critical Review of 15 Years of Research. Comput Hum Behav. 2009;25(5):1089–1101.

22 Döring N. Medien und Sexualität. In: von Gross F, Meister D, Sander U (Hrsg.), Medienpädagogik – ein Überblick. Weinheim: Beltz Juventa; 2015:323–364.

23 Sigusch V. Vom König Sex zum Selfsex. Über gegenwärtige Transformationen der kulturellen Geschlechts- und Sexualformen. In: Schmerl C, Soine S, Stein-Hilbers M, Wrede B (Hrsg.), Sexuelle Szenen. Inszenierungen von Geschlecht und Sexualität in modernen Gesellschaften. Opladen: Leske + Budrich; 2000:229–249.

24 O'Hara S. Monsters, playboys, virgins and whores: Rape myths in the news media's coverage of sexual violence. Language and Literature. 2012;21(3):247–259.

25 Döring N, Reif A, Pöschl S. How gender-stereotypical are selfies? A content analysis and comparison with magazine adverts. Comput Hum Behav. 2016;55:955–962.

26 Zurstiege G. Fit und flott – und ein wenig sexy in schwarz-weiß: Die strukturelle Ambivalenz werblicher Medienangebote. In: Holtz-Bacha C (Hrsg.), Stereotype? Frauen und Männer in der Werbung. Wiesbaden: VS; 2008:107–123.

27 Bänziger PP, Beljan M, Eder FX, Eitler P (Hrsg.). Sexuelle Revolution? Zur Geschichte der Sexualität im deutschsprachigen Raum seit den 1960er Jahren. Bielefeld: Transcript; 2013.

28 Schmidt G. Das neue Der Die Das. über die Modernisierung des Sexuellen. Gießen: Psychosozial Verlag; 2014.

29 Henningsen A, Tuider, E, Timmermanns, S (Hrsg.). Sexualpädagogik kontrovers. Weinheim: Beltz Juventa; 2016.

30 Frith H. Orgasmic Bodies. The Orgasm in Contemporary Western Culture. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2015.

31 Dekker A, Matthiesen S. Studentische Sexualität im Wandel: 1966–1981–1996–2012. ZS für Sexualforschung. 2015;23(3):245–271.

32 Frommel, M. Symbolisches Strafrecht. vorgänge. 2015;212(4):107–114.

33 Cacchioni T. The Medicalization of Sexual Deviance, Reproduction, and Functioning. In: DeLamater J, Plante R (Hrsg.), Handbook of the Sociology of Sexualities. New York: Springer; 2015:435–452.

34 Döring N. Sexuell explizite Inhalte in neuen Medien: Negative und positive Wirkungen auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. In: Reinecke L, Trepte S (Hrsg.), Unterhaltung in neuen Medien. Köln: Herbert von Halem; 2012:361–378.

35 Döring N, Daneback K, Shaughnessy K, Grov C, Byers ES. Online sexual activity experiences among college students: a four-country comparison. Arch Sex Behav. 2015; Online first.

36 Döring N. Prostitution in Deutschland: Eckdaten und Veränderungen durch das Internet. ZS für Sexualforschung. 2014;27(2):99–137.

37 Tolman DL, Diamond LM. Sexuality Theory: A Review, a Revision, and a Recommendation. In: Tolman DL, Diamond LM (Hrsg.), APA Handbook of Sexuality and Psychology: Vol 1. Person-Based Approaches. Washington, DC, US: APA; 2014:3–27.

38 Mosser P. Erhebung (sexualisierter) Gewalt bei Männern. In: Helfferich C, Kavemann B, Kindler H (Hrsg.), Forschungsmanual Gewalt. Grundlagen empirischer Erhebung von Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt. Wiesbaden: Springer VS; 2016:177–190.

39 Mohler-Kuo M, Landolt M, Maier T, Meidert U, Schönbucher V., Schnyder, U. Child Sexual Abuse Revisited: A population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. J Adolescent Health. 2014;54:304–311.

40 Krahé B, Berger A. Men and women as perpetrators and victims of sexual aggression in heterosexual and same-sex encounters: A study of first-year college students in Germany. Aggressive Behav. 2013;39(5):391–404.

41 Costa D, Soares J, Lindert J, Hatzidimitriadou E, Sundin Ö, Toth O, Ioannidi-Kapolo E, Barros H. Intimate Partner Violence: A study in men and women from six European countries. Int J Public Health. 2015;60(4):467–478.

42 Krahé B. Sexuelle Aggression und Opfererfahrung unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Prävalenz und Prädiktoren. Psychol Rundsch. 2009;60(3):173–183.

43 Döring N. Gefährliche Videoübertragung aus dem Kinderzimmer? YouNow im Faktencheck. merz – medien + erziehung, ZS für medienpädagogik. 2015;59(3):51–58.

44 Döring N. Consensual sexting among adolescents: Risk prevention through abstinence education or safer sexting? Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace. 2014;8(1), Artikel 9.

45 Langanke H, Ross MW. Web-based forums for clients of female sex workers: Development of a German internet approach to HIV/STD-related sexual safety. Int J STD & AIDS. 2009;20:4–8.
46 BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Jugendsexualität 2015. 2015 [zitiert am 02.02.2017]. http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/4763.html.
47 Moreira ED, Hartmann U, Glasser DB, Gingell C. A Population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults in Germany. Eur J Med Res. 2005;10:434–443.
48 Tiefer L. The »New View« Approach to Men's Sexual Problems. Medscape Urology; 2006 [zitiert am 02.02.2017]. http://www.medscape.org/viewarticle/541364.
49 Steffens MC, Wagner C. Diskriminierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen. In: Beelmann A, Jonas KJ (Hrsg.), Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden: VS; 2009:241–262.
50 Wensierski HJ. Homosexualität bei jungen Muslimen in Deutschland. In: Becker U, Friedrichs H, von Gross F, Kaiser S (Hrsg.), Ent-Grenztes Heranwachsen. Wiesbaden: Springer VS; 2016:105–128.
51 Jahnke S, Imhoff R, Hoyer J. Stigmatization of people with pedophila: Two comparative surveys. Arch Sex Behav. 2015;44:21–34.
52 Joyal C. How Anomalous are Paraphilic Interests? Arch Sex Behav. 2014; 43:1241–1243.
53 Briken P. Paraphilie und paraphile Störung im DSM-5. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. 2015;9(3):140–146.
54 Riek S, Salm R. Lustvoll Mann Sein. Expeditionen ins Reich männlicher Sexualität. Bielefeld: Kamphausen; 2015.
55 Gernert J. Generation Porno. Jugend, Sex, Internet. Köln: Fackelträger; 2010.
56 Hakim C. The Male Sexual Deficit: A social fact of the 21st century. Int Sociol. 2015;30(3): 314–335.
57 Baumeister R, Vohs K. Sexual economics, culture, men, and modern sexual trends. Society. 2012;49(6):520–524
58 Rudman L, Fetterolf J. Why Sexual Economics Theory Is Patriarchal: Reply to Vohs and Baumeister's (2015) Comment on Rudman and Fetterolf (2014). Psychol Sci. 2015 Sep; 26:1524–1525.
59 Jansen K, Bremer V, von Rüden U, Steffan E, Nitschke H. Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Bundesgesundheitsbla. 2013;56(7):913–921.
60 Zimmer-Gembeck MJ, French J. Associations of Sexual Subjectivity with Global and Sexual Well-Being: A New Measure for Young Males and Comparison to Females. Arch Sex Behav. 2016;45(2):315–327.
61 Sielert U. Einführung in die Sexualpädagogik. Weinheim: Beltz; 2005.
62 WAS (World Association for Sexual Health). Declaration of Sexual Rights. 2014 [zitiert am 02.02.2017]. http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/.
63 Kleinplatz P, Ménard A, Paradis N. Components of Optimal Sexual Experiences. In: Michalos A (Hrsg.), Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Dordrecht: Springer; 2013:1148–1153.
64 Ostrander N. Sexual Pursuits of Pleasure among Men and Women with Spinal Cord Injuries. Sex Disabil. 2009;27(1):11–19.
65 Wilson N, Parmenter T, Standcliffe R, Shuttleworth R. Conditionally Sexual: Men and Teenage Boys with Moderate to Profound Intellectual Disability. Sex Disabil. 2011;29(3):275–289.
66 Watson ED, Séguin LJ, Milhausen RR, Murray SH. The impact of a couple's vibrator on men's perceptions of their own and their partner's sexual pleasure and satisfaction. Men Masc. 2015; Online first.
67 Schläpfer J. Spiritualität und erotische Lebenskunst. In: Schmidt RB, Sielert U (Hrsg.), Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim: Juventa; 2013:197–208.
68 Wade J. Mapping the Courses of Heavenly Bodies: The Varieties of Transcendent Sexual Experience. J Transpersonal Psy. 2000;32:102–122.
69 Marsiglio W, Hutchinson S. Sex, Men, and Babies. Stories of Awareness and Responsibility. New York: New York University Press; 2002.
70 Klein M. Sexual Intelligence. New York: Harper Collings; 2012.
71 Valtl K. Sexuelle Bildung: Neues Paradigma einer Sexualpädagogik für alle Lebensalter. In: Schmidt RB, Sielert U (Hrsg.), Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. 2. Aufl. Weinheim: Juventa; 2013:125–140.
72 Dannecker M, Tuider E. Das Recht auf Vielfalt: Aufgaben und Herausforderungen sexueller Bildung. Göttingen: Wallstein; 2016.
73 Byers ES, Rehman US. Sexual well-being. In: Tolman DL, Diamond LM (Hrsg.), APA Handbook of Sexuality and Psychology: Vol. 1 Person-Based Approaches. Washington, DC, US: APA; 2014:317–337.
74 del Mar Sánchez-Fuentes M, Santos-Inglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. Int J Clin Hlth Psy. 2014;14:67–75.
75 Metz M, McCarthy B. The »Good-Enough-Sex« Model for Couple Sexual Satisfaction. Sexual and Relationship Therapy. 2007;22(3):351–362.

# *Kapitel 2*

## Sexuelle Gesundheit im Lebenslauf

# 2.1 Zum Begriff »Sexuelle Gesundheit«

*Heinz-Jürgen Voß & Doris Bardehle*

**Zusammenfassung**

Der vorliegende Beitrag wendet sich dem Begriff der sexuellen Gesundheit zu und gibt einen Überblick über die Rolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei der Definitionsfindung von »Sexueller Gesundheit« und der Abgrenzung zur »Reproduktiven Gesundheit« seit dem Jahr 1975.

Internationale Fachgesellschaften, mit der führenden Rolle des Weltverbandes für Sexuelle Gesundheit (WAS), der International Planned Parenthood Federation (IPPF) und der Europäischen Föderation für Sexualwissenschaft (EFS), haben maßgeblichen Einfluss auch auf die Entwicklung der Sexualwissenschaft in Deutschland.

Die sexualwissenschaftliche und sexualpädagogische Verbandslandschaft in Deutschland ist vielfältig und sehr differenziert. Das bezieht sich auf eine Vielzahl von medizinischen und sozialwissenschaftlichen Fachgesellschaften. Nachholbedarf zeigt sich allerdings bei einer einheitlichen Ausrichtung von Studiengängen. Abschließend werden Handlungsansätze aufgezeigt, wie gesellschaftliche Konzepte zur sexuellen Gesundheit in Deutschland zukünftig entwickelt werden sollten.

**Summary: The notion »Sexual Health«**

This article deals with the concept of sexual health and gives an overview of the role of the World Health Organization (WHO) in finding a definition of »Sexual Health« and its dissociation from »Reproductive Health« since 1975.

International expert organisations led by the World Association for Sexual Health (WAS), the International Planned Parenthood Federation (IPPF) and the European Federation of Sexology (EFS), have significant influence on the development of sexology in Germany.

There is a numerous and highly differentiated variety of associations for sex education in Germany. This applies to a large number of medical and social scientific societies; with regard to an alignment of courses there is a pend-up demand. As a result approaches to action are described as to how social concepts for sexual health should be developed in Germany in future.

---

## Einleitung

*»Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« [1].*

Doch was bedeutet diese Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Phänomen der »Sexuellen Gesundheit«? Im Folgenden wird ein Abriss der historischen Entwicklung der Konzepte zu »Sexueller Gesundheit« gegeben. Das betrifft die Thematisierungen in Dokumenten der WHO und die Internationale Klassifikation der Krankheiten. Ein Überblick über die sexualwissenschaftliche Forschungslandschaft, insbesondere in Deutschland, wird an diese Betrachtungen angeschlossen – und diskutiert.

## Die Begriffe »Gesundheit« und »Sexuelle Gesundheit« in Dokumenten der WHO und die Weiterentwicklung seit dem Jahr 2000

Der Begriff »Sexuelle Gesundheit« wurde von der WHO aus dem Begriff der »Gesundheit« abgeleitet, der im Jahr 1946, wie bereits oben zitiert, folgendermaßen definiert wurde: »Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« [1]. Die wichtigsten Etappen der Entwicklung von »Sexueller Gesundheit« als eigenständiger Kategorie begannen im Jahr 1975 mit der Veröffentlichung des Dokuments »Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals« [2]. Es folgte die »WHO-Regionalstrategie Europa für sexuelle und reproduktive Gesundheit« im Jahr 2001 und die erste Definition von »Sexueller Gesundheit« im Jahr 2006.

Im Jahr 2010 wurde daran anschließend mit dem Dokument »Developing sexual health programmes – a framework for action« ein bis heute geltendes programmatisches Dokument von der WHO verabschiedet, das eine umfassende Konzeptualisierung von »Sexueller Gesundheit« enthielt. Als aktueller Schlusspunkt wird die auf der Webseite der WHO publizierte aktuelle Definition »Sexuelle Gesundheit« aus dem Jahr 2015 zitiert.

Alle diese Etappen möchten wir nun im Einzelnen näher betrachten.

### Definition »Sexueller Gesundheit« durch die WHO im Jahr 1975

Die erste weltweite Definition von »Sexueller Gesundheit« stammt aus dem Jahr 1975. Sie wurde von einer Expertengruppe erarbeitet und erscheint auch heute noch sehr aktuell: »Sexuelle Gesundheit« ist demnach »die Integration der somatischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt«. Grundlegend für dieses Konzept sind das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust. Deutlich wird, dass der Begriff der »Sexuellen Gesundheit« bereits hier in einem umfassenden Sinn angesprochen ist. Er meint nicht nur die Abwesenheit von einem Mangel, sondern zielt auch auf individuelle und sozioökonomische Umstände ab, in denen ein Mensch seine Sexualität leben kann [2].

### International Conference on Population and Development (ICPD), Kairo, 1994

Die internationale Konferenz von Kairo im Jahr 1994 beschloss weiterreichende Festlegungen. Es wurde ein Aktionsprogramm insbesondere zu Fragen der »Reproduktiven Gesundheit« – also zum Recht auf Verhütung, ebenso wie auf das Austragen und das Abbrechen einer Schwangerschaft – vereinbart. Die Stellungnahme verband sexuelle und reproduktive Gesundheit und betonte die Bedeutung des Zugangs jeder Person zu Gesundheitsversorgung auf reproduktivem Gebiet und in Bezug auf sexuelle Bedürfnisse: »Die Menschenrechte stellen einen internationalen Rechtsrahmen dar, in dem die Bedürfnisse und Wünsche aller Menschen nach sexueller und reproduktiver Gesundheit berücksichtigt werden« [3].

In den Folgejahren wurden die sexuelle Gesundheit und die reproduktive Gesundheit zunehmend unabhängig voneinander betrachtet. Credo war dabei, dass sexuelle Gesundheit mehr als reproduktive Gesundheit umfasse [3].

### Die »WHO-Regionalstrategie für sexuelle und reproduktive Gesundheit«, Kopenhagen, 2001

Im Jahr 2001 wurde durch das WHO-Regionalbüro für Europa ein Dokument vorgestellt,

welches als Grundlage für die Europäischen Länder dienen sollte, um landesweite Strategien zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit auf den Weg zu bringen. Das Dokument behandelte dabei zunächst die sexuelle Gesundheit, dann die reproduktive Gesundheit. Hintergrund der die WHO-Regionalstrategie prägenden Themen sind eine konstatierte hohe Abortrate und ein Anstieg von sexuell übertragbaren Infektionen, vor allem in der jüngeren Bevölkerung (in Europa). Die Definition des Begriffs der sexuellen Gesundheit von 1975 wurde im Dokument fortgeschrieben, während die Definition der reproduktiven Gesundheit an die 1994 in Kairo verabredete anschloss. Die Definition der reproduktiven Gesundheit beinhaltete Sexualität, Verantwortung, Zufriedenheit, sicheren Sex, reproduktive Freiheit und sichere Elternschaft (Mutterschaft) [4].

Für die sexuelle Gesundheit wurden drei zentrale Gebiete ausgewiesen: a) eine Umgebung schaffen, die Menschen den uneingeschränkten Genuss ihrer Sexualität als Potenzial ihrer selbst ermöglicht, b) Freisein von sexuellem Zwang, Missbrauch und sexueller Gewalt, c) Geschütztsein vor Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit dem Sexualleben (HIV, Syphilis, etc.), einschließlich des Zugangs zu entsprechender Behandlung [4].

Im Zielekatalog und im Indikatorenteil wurden zum Beispiel sexuelle Gesundheit und Schwangerschaft Jugendlicher als Schnittpunkt im Konzept thematisiert, dieser betrifft sowohl die sexuelle als auch die reproduktive Gesundheit und soll daher mit Bildungs- und Aufklärungsmaßnahmen verbunden werden. In den folgenden Jahren wurden internationale Menschenrechtsinstrumente genutzt, um Rechtsansprüche von Einzelpersonen und ganzen Gruppen von Menschen zu unterstützen und voranzubringen, sodass die nationalen Regierungen die Achtung, den Schutz und die Erfüllung von sexuellen und reproduktiven Gesundheitsrechten zunehmend garantierten [5].

### Die WHO-Definition von »Sexueller Gesundheit«, Genf, 2006

Ein sich ständig wandelndes Verständnis von Sexualität führte in den folgenden Jahren zur immer deutlicheren Unterscheidung der Begriffe sexueller Gesundheit und reproduktiver Gesundheit.

Die Weiterentwicklung der Definition »Sexualität« der WHO erfolgte sowohl im »Report of a technical consultation on sexual health« [6] als auch bei weiteren Expertenmeetings. Es wurde dabei eine eigenständige Definition von sexueller Gesundheit gefunden und ihre Wechselwirkung mit reproduktiver Gesundheit dokumentiert. In diesem Klärungsprozess wurde die Definition von sexueller Gesundheit als Bestandteil von reproduktiver Gesundheit zum ersten Mal umfassend infrage gestellt. Da sexuelle Aktivitäten immer weniger der Reproduktion dienten und ihr nicht unterzuordnen seien, ging auch der Vorschlag einer neuen Definition von Sexualität weit über Fertilität und Reproduktion hinaus. Sexuelle Dysfunktionen, aber auch sexuelle Gewalt, wurden der Sexualität zugeordnet und im Dokument behandelt – die Thematisierung von sexueller Gewalt ging dabei mit einer zunehmenden Problematisierung von sexueller Gewalt einerseits gegen Kinder (UN-Kinderrechtskonvention von 1989) und andererseits gegen Frauen einher (letzteres führte zur Gründung von UN-Women 2010). Die Diskussionen beinhalteten auch die Achtung und Verwirklichung von Menschenrechten im Zusammenhang mit der nun geltenden Definition von sexueller Gesundheit, welche von den einzelnen Regierungen im Rahmen landesweiter Programme umzusetzen seien.

Die WHO-Definition sexueller Gesundheit lautete im Jahr 2006:

> »Sexuelle Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität; sie

ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen, sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu erleben, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Um sexuelle Gesundheit dauerhaft zu erreichen, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und erhalten werden« [6].

Sexuelle Gesundheit sollte dabei im Kontext von Sexualität gesehen werden. Für Sexualität gilt seit dem Jahr 2006 die folgende Arbeitsdefinition:

> »Sexualität ist ein zentraler menschlicher Aspekt im Laufe des Lebens und umfasst Sex und Gender, Geschlechtsidentitäten und Rollen, sexuelle Orientierung, Erotik, Lust, Intimität und Reproduktion. Sexualität wird erfahren und ausgedrückt in Gedanken, Phantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensweisen, Vorgehensweisen, Rollen und Beziehungen. Während die Sexualität alle diese Dimensionen enthalten kann, werden nicht alle immer erlebt oder erfahren. Sexualität wird durch das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen, rechtlichen, historischen, religiösen und spirituellen Faktoren beeinflusst« [6, 7].

## »Developing sexual health programmes – A framework for action«, Genf, 2010

Im Jahr 2010 gab die Abteilung Reproduktive Gesundheit und Forschung (Department of Reproductive Health and Research) der WHO die Publikation »Developing sexual health programmes – A framework for action« [3] heraus. Darin wird auf fünf Themenkreise fokussiert, die die sexuelle Gesundheit der Bevölkerung eines Landes beeinflussen: a) Gesetzgebung, Politik und Menschenrechte, b) Bildung und Aufklärung, c) Gesellschaft und Kultur, d) Ökonomie sowie e) Gesundheitsversorgung. Die Bürger eines Landes profitieren dabei, so die Diagnose, nicht gleichermaßen von den jeweils vorherrschenden Regelungen zur sexuellen Gesundheit. Ärmere Bevölkerungsschichten, Menschen mit Migrationshintergrund und andere marginalisierte Gruppen haben geringeren Zugang zu Informationsmöglichkeiten über Sexualität und zur Gesundheitsversorgung. Zur Sicherung und Förderung der sexuellen Gesundheit müssten laut WHO in den jeweiligen Ländern Maßnahmen ergriffen werden. Das betrifft zum Beispiel die Garantie körperlicher Integrität von Homosexuellen und Transgender-Personen. Gleichzeitig wird der Schutz von Kindern und Frauen vor sexueller Gewalt fokussiert.

Das Kapitel »Sexuelle Gesundheitskonzepte und Reichweite« beinhaltet unter anderem Ausführungen zu den Wechselbeziehungen zwischen sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie eine grundlegende Definition sexueller Gesundheit. Ausgangspunkt des Konzeptes ist das Recht aller Menschen, erforderliches Wissen und Möglichkeiten für ein sicheres und glückliches Sexualleben zu haben. Die Realisierung desselben hängt jedoch vom Zugang zu umfassenden Informationen über die Sexualität, dem Wissen über Risikofaktoren für sexuelle Gesundheit, einem Zugang zu guter Qualität der Gesundheitsversorgung in sexuellen Fragen und einer die sexuelle Gesundheit fördernden Umgebung ab. Zu den Kernelementen sexueller Gesundheit können, in ganzheitlicher und positiver Hinsicht, die folgenden gerechnet werden:

- ➢ Sexuelle Gesundheit ist Wohlbefinden, nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.
- ➢ Sexuelle Gesundheit beinhaltet Respekt, Sicherheit und Freiheit von Diskriminierung und Gewalt.
- ➢ Sexuelle Gesundheit ist abhängig von der Erfüllung bestimmter Menschenrechte.

- Sexuelle Gesundheit ist für die gesamte Lebensspanne relevant, nicht nur für die reproduktiven Jahre, sondern auch für junge und ältere Menschen.
- Sexuelle Gesundheit wird durch unterschiedliche Formen von Sexualität ausgedrückt.
- Sexuelle Gesundheit wird maßgeblich durch Geschlechternormen, Rollen, Erwartungen und Leistungsdynamik beeinflusst.

Sexuelle Gesundheit muss also in den spezifischen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Zusammenhängen gesehen werden [3].

### Die aktuelle WHO-Definition sexueller Gesundheit, 2015

Die bis zum Jahr 2014 übliche Definition von sexueller Gesundheit ging auf das Jahr 2006 zurück (siehe oben). Die neue Definition der WHO aus dem Jahr 2015 geht über diese, bis dahin geltende, hinaus. Sie lautet wie folgt:

> »Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden. Es bleibt noch viel zu tun um sicherzustellen, dass Gesundheitspolitik und -praxis dies anerkennen und widerspiegeln« [8].

Die WHO definiert Sexualität damit in engem Zusammenhang und in Anlehnung an den Gesundheitsbegriff allgemein.

### Sexuelle Störungen und sexuelle Gesundheit in der medizinischen ICD-Klassifikation (ICD-10 und ICD-11)

Bei einem Blick auf sexuelle Gesundheit sind auch medizinische Fragen von sexueller Gesundheit und sexuellen Störungen nicht zu übergehen. Der WHO obliegt seit der Nachkriegszeit die Verantwortung für die Listung von Krankheiten und gesundheitlichen Störungen. Durch den gesellschaftlichen Fortschritt und neue medizinische und wissenschaftliche Erkenntnisse werden alle 10 bis 20 Jahre Revisionen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) erforderlich. Die geltende ICD-10 [9] wurde im Jahr 1989 von der WHO, Genf, verabschiedet. In ihr beziehen sich zahlreiche der Kodierungen auf Fragen von geschlechtlichen und sexuellen Krankheiten bzw. auf Gesundheitsstörungen. Die sexuelle Gesundheit einer Person wird als gestört angesehen, wenn eine Person selbst Probleme bzw. ein Unwohlsein formuliert. Bei Problemen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter ist es schwieriger, weil bestehende Probleme insbesondere von den Eltern formuliert werden [10].

Die folgende Aufzählung gibt einige der bezüglich sexueller Gesundheit relevanten Kodierungen der ICD-10 aus »Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)« wider:

- F52 – Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
- F64 – Störungen der Geschlechtsidentität wie Transsexualismus, Transvestitismus, Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter u. a.
- F65 – Störungen der Sexualpräferenz, u. a. F65.4 – Pädophilie. Dazu zählen auch:

Fetischismus, Transvestitismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadomasochismus, Multiple Störungen der Sexualpräferenz sowie sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Sexualpräferenz
- F66 – Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung

In der ICD-10 ist angemerkt, dass sexuelle Orientierungen als solche nicht als Störungen anzusehen sind. Wohl aber können »Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung« diagnostiziert werden (Code F66).

Sowohl in der ICD-10 (F65.4) als auch im einflussreichen amerikanischen »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM; konkret: DSM-IV, 302.2) wird Pädophilie als psychische Störung aufgeführt. Daraus entstehende Handlungen werden als dissexuell angesehen und strafrechtlich geahndet. Deshalb ist Pädophilie bei allen Antidiskriminierungsbestimmungen bezüglich sexueller Orientierung (oder verwendeter Synonyme) und sexueller Identität immer ausgenommen, egal ob sie als eigene Orientierung, als sexuelle Ausrichtung oder als sexuelle Präferenz betrachtet wird.

Zu den Krankheiten, die einen Bezug zu sexuellen Orientierungen aufweisen, zählen in der ICD-10 hingegen

- die »Ich-dystone Sexualorientierung« (F66.1), bei der die/der Betreffende wünscht, ihre/seine sexuelle Orientierung zu ändern,
- die »Sexuelle Reifungskrise« (F66.0), die sich auf psychische Probleme im Zusammenhang mit Unsicherheit oder Wandel der Sexualorientierung oder Geschlechtsidentität bezieht,
- die »Sexuelle Beziehungsstörung« (F66.2), bei der die Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung Probleme bereitet, im Hinblick auf bestehende oder angestrebte sexuelle Beziehungen, und
- F66.8: andere psychische und Verhaltensstörungen (F66.80: heterosexuell, F66.81: homosexuell, F66.82: bisexuell, F66.88: präpubertär und andere).

Unter »sexueller Orientierung« werden nur Hetero-, Homo-, Bi- und Asexualität verstanden, nicht Paraphilien, also die von der »Norm« abweichenden sexuellen Vorlieben [ICD-10, ICD-10-GM].

Bei der gegenwärtigen Vorbereitung der neuen Fassung der ICD-11 sollen alle Codes zu sexuellen Störungen kritisch überprüft werden. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe zur Klassifikation von Sexuellen Störungen und Sexueller Gesundheit einberufen, die mit der Abteilung für Psychische Gesundheit eng zusammenarbeitet. Es geht um eine Prüfung der wissenschaftlichen Evidenz und Nützlichkeit der vorhandenen Kategorien, den Abgleich mit der amerikanischen DSM-5-Klassifikation sowie um die Erarbeitung eines neuen Vorschlages für die ICD-11 [11].

## *Entre Nous*, WHO-Zeitschrift (Europa) für sexuelle und reproduktive Gesundheit

*Entre nous*, das Europäische Magazin für sexuelle und reproduktive Gesundheit, wird vom United Nation Population Fund (UNFPA) finanziert und existiert bereits über 25 Jahre. Es zielt vor allem auf die osteuropäischen und zentralasiatischen Länder und wird mit Unterstützung des WHO-Regionalbüro Europa geführt. Neben allgemeinen Fragen zur Reproduktion widmet sich die Zeitschrift der Wissensvermittlung für sexuelle und reproduktive Gesundheit, dem Gender Mainstreaming, der Familienplanung sowie der Verhütung von HIV und sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten [12].

## Wichtige internationale Fachgesellschaften zu »Sexualität« und »Sexueller Gesundheit«

### Weltverband für Sexuelle Gesundheit und Weltkongresse für Sexuelle Gesundheit

Der Weltverband für Sexuelle Gesundheit (World Association for Sexual Health, WAS) wurde im Jahr 1978 gegründet und vereint nationale und internationale Sexologie-Verbände und Sexologen aus der ganzen Welt. Ziel des Weltverbandes ist die Förderung von sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten in allen Ländern der Welt durch multidisziplinäre Forschungsprojekte, Sexualerziehung, Förderung von Gesundheitsverhalten sowie der klinischen Sexologie. Drei deutsche Einrichtungen sind Mitglied im WAS – die Deutsche Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung, die Deutsche Gesellschaft für Geschlechtserziehung und die Komaya Society for the Culture of Love in Köln.

Alle zwei Jahre findet der Weltkongress für Sexuelle Gesundheit statt. Der 22. Kongress tagte im Juli 2015 in Singapur. Auf der Webseite sind übersichtlich die Sexualrechtsdeklaration (Declaration of sexual rights) und die Millennium-Deklaration einsehbar. Die Declaration of Sexual Rights wurde im Jahre 1997 während des Weltkongresses in Valencia (Spanien) verfasst und zwei Jahre später auf dem Weltkongress der Association for Sexual Health in Hongkong verabschiedet. Die WAS gibt seit dem Jahr 2004 das monatlich erscheinende *Journal of Sexual Health* heraus [13]. Am 4. September findet seit dem Jahr 2010 der von der WAS ins Leben gerufene Welttag der sexuellen Gesundheit statt.

### International Associations against Sexually Transmitted Infections und International Society for Sexually Transmitted Diseases Research

#### *International Union against Sexually Transmitted Infectios (IUSTI)*

Die IUSTI wurde 1923 gegründet und ist sowohl global als auch regional organisiert. Sie gilt als älteste internationale Organisation zur Koordinierung der Kontrolle von sexuell übertragbaren Infektionen, einschließlich HIV (Human Immunodeficiency Virus) bzw. Aids (Aquired Immune Deficiency Syndrome). Die IUSTI arbeitet eng mit der UN/WHO und der Zeitschrift *International Journal for STD (Sexually Transmitted Diseases) and AIDS* zusammen und ist bei der Publikation von klinischen Leitlinien ivolviert [14].

#### *International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTDR)*

Die ISSTDR wurde 1977 gegründet. Sie führt im Abstand von zwei Jahren wissenschaftliche Konferenzen zu allen sexuell übertragbaren Infektionen durch. Kongresse finden alternativ in Europa, Nordamerika oder auf anderen Kontinenten statt und werden gemeinsam mit der IUSTI durchgeführt. Schwerpunkt der Gesellschaft ist die Forschung und der aktuelle Austausch von neuen Forschungsergebnissen zu sexuell übertragbaren Infektionen [15].

### Die International Planned Parenthood Federation (IPPF)

Die IPPF wurde 1950 in Bombay während der Konferenz »Geplante Elternschaft« gegründet und umfasst inzwischen 189 Länder und über 149 Mitgliederorganisationen. Sie hat ihren Sitz in London. In Deutschland ist sie durch den Fachverband »Pro Familia« vertreten. Sie informiert über sexuelle Gesund-

heit und kämpft um sexuelle Rechte und eine hohe Qualität der sexuellen Gesundheitsversorgung. Die IPPF hat im Jahr 2008 eine Erklärung zu den »Sexuellen Rechten« herausgegeben. Die Erklärung beruht auf grundlegenden internationalen Übereinkünften zu Menschenrechten, verbindlichen Interpretationen internationaler Standards und weiteren Rechtsansprüchen im Zusammenhang mit der menschlichen Sexualität, die nach Auffassung der IPPF darin impliziert sind. In deutscher Übersetzung heißt es: »Sexuelle Rechte sind Teil der Menschenrechte: Allgemeingültig, in Wechselbeziehung stehend, miteinander verflochten und unteilbar. Sie sind eine sich stetig entwickelnde Reihe von Rechtsansprüchen, die zu Freiheit, Gleichstellung und Würde aller Menschen beitragen« [16].

### Europäische Föderation für Sexualwissenschaft (European Federation of Sexology, EFS)

Die EFS wurde 1988 gegründet, hat ihren Sitz in Italien und über 50 nationale Fachgesellschaften und weitere Personen im Mitgliederbestand. Sie ist Teil des Weltverbandes für Sexuelle Gesundheit [13]. Die Föderation führt seit 1992 im Rhythmus von zwei Jahren europäische Kongresse durch. Im Jahr 2000 wurde dieser Kongress unter dem Motto »For a millennium of sexual health« in Berlin durchgeführt. Der Kongress im Jahr 2016 fand in Dubrovnik (Kroatien) statt. Eine wichtige Aufgabe der Föderation besteht in der Weiterbildung von Sexologen. Es werden Kurse angeboten, die mit der Prüfung »Certified Examination for Psychosexologists« abschließen und zu Europäischen Standards für Sexologen führen sollen. Das *International Journal of Sexual Health* wird von der EFS herausgegeben.

## Einrichtungen und Fachverbände zur »Sexuellen Gesundheit« in Deutschland

### Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die BZgA ist durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchwKG) beauftragt, unter Beteiligung der Länder und in Zusammenarbeit mit Vertretern der Familienberatungseinrichtungen aller Träger, Konzepte zu entwickeln und bundeseinheitliche Maßnahmen zur Sexualaufklärung und Familienplanung zu erarbeiten und zu verbreiten [16, 17]. Seit dem Jahr 2003 ist die BZgA WHO-Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit in Europa [18].

Die BZgA schließt in ihrem Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung aus dem Jahr 2008 an die Definitionen der WHO an. Zu Sexualität heißt es dort:

> »Sexualität ist ein existentielles Grundbedürfnis des Menschen und ein zentraler Bestandteil seiner Identität und Persönlichkeitsentwicklung. Sexualität umfasst sowohl biologische als auch psychosoziale und emotionale Tatbestände und Vorgänge. Die Ausgestaltung von Sexualität deckt ein breites Spektrum von positiven bis zu negativen Aspekten ab, von Zärtlichkeit, Geborgenheit, Lustempfinden, Befriedigung, bis hin zu Gewaltanwendung und Machtausübung. Menschen leben und erleben Sexualität unterschiedlich. Sie ist ein wichtiges Element der individuellen Lebensweise« [19].

### Sexualwissenschaft in Deutschland

Die gegenwärtige sexualwissenschaftliche Situation ist gekennzeichnet durch die Existenz von wenigen Lehrstühlen an Universitäten und Fachhochschulen, wobei durch die Schließung des sexualwissenschaftlichen Instituts in

Frankfurt am Main eine erhebliche Lücke entstanden ist. Dennoch wird Beachtliches an Forschung geleistet, werden Zertifikats-Lehrgänge und vereinzelt Studiengänge angeboten.

Die historisch älteste und zentrale Hochschuleinrichtung ist das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité (Berlin). Es wurde 1996 etabliert [20]. Beachtlicher Forschungsertrag kommt zudem aus dem am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf angesiedelten Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie. Es gibt die im Psychosozial-Verlag erscheinende Buchreihe »Beiträge zur Sexualforschung« heraus. In der Reihe, die zunächst in einem anderen Verlag angesiedelt war, erschienen mittlerweile mehr als 100 Bände [21]. Erziehungswissenschaftlich ist die Kieler Sexualpädagogik bedeutsam. Sie prägt die deutsche Forschungslandschaft zu Sexualaufklärung und die entsprechende Ratgeberliteratur für Fachkräfte [22]. Sexualpädagogische, aber auch interdisziplinäre Forschung findet auch am Institut für Angewandte Sexualwissenschaft der Hochschule Merseburg statt. Es gibt, ebenfalls im Psychosozial-Verlag, die Buchreihe »Angewandte Sexualwissenschaft« heraus [23].

Die Situation sexualwissenschaftlicher Lehre ist in Deutschland hingegen desolat. Einzig an der Hochschule Merseburg existiert ein eigenständiger Studiengang. Die Hochschule bietet den konsekutiven Masterstudiengang »Angewandte Sexualwissenschaft« an, seit 2016 ist der kostenpflichtige Weiterbildungsmaster »Sexologie« hinzugekommen. Während es sich bei ersterem um einen praxisorientierten sexualwissenschaftlichen Grundlagenstudiengang handelt, fokussiert der letztere körperorientierte Methoden für die therapeutische und pädagogische Praxis [23]. An den Universitäten findet die sexualwissenschaftliche Lehre bisher hingegen nur in wenigen und isolierten Kursen statt. Ergänzende Angebote kommen mit Zertifikats-Kursen hinzu, die von den Fachgesellschaften bzw. vom Institut für Sexualpädagogik Dortmund (ISP) angeboten werden – hierzu im Folgenden.

### Wissenschaftliche Fachgesellschaften für Sexualwissenschaft in Deutschland

Die Landschaft wissenschaftlicher Fachgesellschaften ist vielfältig und facettenreich. Das hängt auch mit der marginalisierten Stellung der Sexualwissenschaft im deutschen Wissenschaftsbetrieb zusammen, sodass die unterschiedlichen Fachgesellschaften ihren Ursprung jeweils auch in der spezifischen und disziplinären Schwerpunktsetzung der einzelnen Einrichtungen finden. Gleichzeitig wurden mit dem Zusammengehen der BRD (und Westberlins) mit der DDR die fachlichen Expertisen in verschiedenen Fachgesellschaften gebündelt und kommen durch den kooperativen Austausch der Fachgesellschaften untereinander wieder zusammen. Die bundesweit agierenden und damit zentralen Gesellschaften sind:

- *Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS):* Die DGfS wurde 1950 mit dem Ziel gegründet, die Sexualwissenschaft in Forschung, Lehre und Praxis zu fördern. Sie ist nicht nur die älteste, sondern auch die größte deutsche Fachgesellschaft für Sexualwissenschaft. Trotz der angestrebten Interdisziplinarität war die DGfS anfangs eine medizinische Fachgesellschaft, seit Ende der 60er Jahre erfolgte eine sozialwissenschaftliche und damit einhergehende gesellschaftskritische Ausrichtung. Ein weiterer Schwerpunkt ist die klinisch-psychotherapeutische Forschung und Versorgung. Die Fachgesellschaft ist maßgeblich an Reformen des Sexualstrafrechts sowie am sogenannten »Transsexuellen-Gesetz« beteiligt [24]. Die DGfS gibt die *Zeitschrift für Sexualforschung* heraus.
- *Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW):* Die Gesellschaft ist durch

den Zusammenschluss der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT) mit der Akademie für Sexualmedizin (ASM) entstanden. Die Gesellschaft ist eine vorrangig medizinische Fachgesellschaft, bietet sexualmedizinische Fortbildungen an und gibt die regelmäßig erscheinende Zeitschrift *Sexuologie* heraus [25].

- *Deutsche Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS):* Die DGSS befasst sich mit Lebens- und Sexualberatung, der Durchführung von Kongressen und sexualpolitischen Resolutionen, etwa zur Hetero-, Homo- und Bisexualität als gleichakzeptable Varianten der menschlichen Sexualität ohne Vorverurteilung oder Diskriminierung. Die Gesellschaft führte im Jahr 2008 eine große sozialwissenschaftliche Befragung zur Sexualität in Deutschland mit über 55.000 einbezogenen Männern und Frauen über 14 Jahren mittels Internet durch. Publikationen erfolgen über die eigene Schriftenreihe »Sozialwissenschaftliche Sexualforschung« [26].
- *Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG), Gesellschaft zur Förderung der sexuellen Gesundheit:* Die DSTIG ist eine wissenschaftliche, medizinische und interdisziplinäre Fachgesellschaft, die seit 1902 besteht. Sie befasst sich mit sexuell übertragbaren Infektionen, sexueller Gesundheit im umfassenden Sinn, mit Frauengesundheit, Männergesundheit, Jugend und Sexualität, Sexarbeit sowie der (gesundheitlichen) Versorgungsstruktur. Die Sektion Sexuelle Gesundheit der DSTIG wurde 2007 als Arbeitsgruppe der STI-Gesellschaft gegründet und ist interdisziplinär ausgerichtet. Ziel der Arbeitsgruppe ist die Verbesserung der sexuellen Gesundheit in Deutschland [27]. Um sexuelle Gesundheit in Deutschland messen zu können, hat die Arbeitsgruppe in Anlehnung an WHO-Vorschläge im Jahr 2013 einen Indikatorensatz ausgearbeitet [28]. Außerdem hat sie Standards zur STI-Prävention sowie Empfehlungen zu STI/STD – Beratung, Diagnostik und Therapie entwickelt und sich zum Thema Sexarbeit positioniert.
- *Gesellschaft für Sexualpädagogik (gsp):* Die gsp ist ein bundesweiter Fachverband von wissenschaftlich und praktisch tätigen Sozialpädagoginnen und -pädagogen, die sich der Qualitätssicherung sexualpädagogischer Arbeit verpflichtet fühlen. Die gsp berät gesellschaftliche Institutionen, pädagogisch Tätige und Teams zum Thema Sexualität in pädagogischen Kontexten. Seit 2008 vergibt der Verband Qualitätssiegel, um die Professionalisierung sexualpädagogisch Tätiger voranzutreiben, unter anderem auch deshalb, weil die Berufsbezeichnung »Sexualpädagoge/Sexualpädagogin« in Deutschland nicht geschützt ist [29].
- *Gesellschaft für Sexualwissenschaft e.V. (GSW):* Ziel der GSW, in der Soziologie, Pädagogik, Medizin und andere Wissenschaften zusammengeschlossen sind, ist die Pflege der Sexualwissenschaft in Forschung, Lehre und Praxis einschließlich der Sexualberatung sowie die Verbreitung sexualwissenschaftlicher Erkenntnisse. Die GSW sieht eine besondere Aufgabe in der Förderung interdisziplinärer und interinstitutioneller Kommunikation und Kooperation sowie der Zusammenarbeit aller deutschen Institutionen im Rahmen eines zusammenwachsenden Europa [30].
- *Institut für Sexualpädagogik (ISP, Dortmund):* Beim ISP handelt es sich um keine wissenschaftliche Fachgesellschaft, sondern um eine zentrale Einrichtung, die die Qualität sexualpädagogischer Angebote sicherstellt. Sie bietet regelmäßig Weiterbildungen und Lehrgänge zu Themen der Sexuellen Bildung an [31].
- *Die Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit (GS:SG):* Die GSSG wurde im Jahr 2007 gegründet und arbeitet mit Expertinnen und Experten aus aller Welt

auf dem Gebiet der sexuellen Gesundheit zusammen. Die Stiftung entwickelt und fördert Projekte im Segment »Sexual Health« wie zum Beispiel »Lifeboat Deutschland«, das auch reproduktive Gesundheit bei HIV-Infektion umfasst, oder das Internet-Portal »Sexsicher«, das sich vor allem an Kunden von Sexarbeiterinnen wendet. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf gesundheitlicher Aufklärung und Medienprojekten. Die Stiftung informiert über Kongresse, Aktivitäten und Publikationen mehrerer Fachgesellschaften für Sexualwissenschaft auf ihrer Webseite, um eine Vernetzung zu fördern [32].

Aus der Übersicht geht hervor, dass sich in Deutschland eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen im Gesundheitswesen, in Beratungseinrichtungen und im Erziehungs- und Bildungswesen mit der sexuellen Gesundheit befassen, meist allerdings nur in Teilbereichen [28]. Die sexuelle Gesundheit ist in Deutschland bisher nicht als ganzheitliches System entwickelt und bedarf weiterer Impulse. Dazu zählen eine bessere Vernetzung vorhandener Einrichtungen, gezielte Aus- und Fortbildungskonzepte und eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit. Eine führende und koordinierende Rolle kommt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu, die im Auftrag des Bundesfamilien- und des Bundesgesundheitsministeriums sexuelle Gesundheit im Sinne der Definition umsetzt, vor allem über Sexualaufklärung, Sexualerziehung und Prävention.

Die Sexualwissenschaft wurde zwar in Deutschland gegründet, aber durch den Hitler-Faschismus in weiten Teilen zerstört. Daher ist die sexualwissenschaftliche Landschaft selbst heute nur kaum vorhanden. Nur an wenigen Hochschulen existieren entsprechende Institute. Sexualwissenschaftliche und sexualpädagogische Kompetenzen lassen sich an deutschen Universitäten nur vereinzelt und unsystematisch in Disziplinen wie Medizin, Psychologie oder Pädagogik erwerben.

## Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

### Weiterentwicklung des Konzepts der »Sexuellen Gesundheit«

Das Konzept sexueller Gesundheit ist international mittlerweile weit entwickelt und trägt auch den konkreten gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung. Wurden bislang Fragen sexueller und reproduktiver Gesundheit verhandelt und miteinander verwoben, so wird seit einigen Jahren deutlicher, dass auch der Schwerpunkt »geschlechtlicher Gesundheit« im Sinne individueller geschlechtlicher Selbstbestimmung einbezogen werden muss. Intergeschlechtliche und Transgender wenden sich zunehmend gegen medizinische Praxen, die als Zwang empfunden und beschrieben werden. Gleichzeitig geht es auch hier darum, an den Ansatz sexueller Gesundheit im Sinne weitreichenden Wohlbefindens anzuschließen.

### Abbau der Pathologisierung von sexuellen Orientierungen durch die zu erwartende ICD-11

Für die Revision der ICD-10 werden Änderungen für die ICD-11 erwartet, die zum Beispiel Transgender-Personen besser berücksichtigen und die Pathologisierung von geschlechtlichen Identitäten und sexuellen Orientierungen aufheben. So ist es mit der ICD-10 bereits durchgesetzt worden, dass Homosexualität nicht mehr als Krankheit deklariert wurde.

### Ausbau der sexualwissenschaftlichen Lehr- und Forschungslandschaft an Hochschulen in Deutschland

Die bislang nur punktuell vorhandenen Lehrangebote zu Fragen sexueller Bildung und sexueller Gesundheit sowie die nur gering ausgeprägte Forschungslandschaft sollte auf ei-

ne qualitativ neue Ebene gehoben werden. Das erscheint notwendig, da gut ausgebildete Sexologinnen und Sexologen für alle ratsuchenden Personen in Hinblick auf Sexualität erforderlich sind, um Grenzverletzungen und sexualisierter Gewalt vorzubeugen, geschlechtlich-sexuelle Selbstbestimmung zu unterstützen und sexuelle Gesundheit zu befördern. Entsprechend sollten mehrere sexualwissenschaftliche Forschungszentren sowie sexualwissenschaftliche Bereiche und Institute in den Lehr- und Forschungsbereichen der Fachhochschulen und Universitäten – etwa im medizinischen und im psychologischen Bereich, im Lehramt und der Sozialpädagogik – entstehen. Zusätzlich sollten an den Zentren eigene akkreditierte sexualwissenschaftliche Studiengänge entstehen.

## Sexualerziehung

Sexualerziehung – bzw. mit neuerem Begriff »Sexuelle Bildung« – findet aktuell ab der Kindertagesstätte statt. Zunächst geht es insbesondere um Körperlernen, Prävention sexualisierter Gewalt und Förderung der Selbstbestimmung. Im weiteren schulischen Kontext treten Fragen von Erwachsenen-Sexualität hinzu und werden Fragen etwa zu Schwangerschaft, Verhütung, Prävention von STI und zu selbstbestimmter Sexualität (in ihrer Vielfalt) vermittelt. Aktualisierungen betreffen derzeit die positive Darstellung der Vielfalt sexueller Orientierungen und geschlechtlicher Identitäten und zielen auf die Förderung von Medienkompetenz. Durch eine ausgebaute Lehr- und Forschungslandschaft und sexualwissenschaftliche Absolventinnen und Absolventen kann und sollte es gelingen, dass die aktuell noch vielfach in den Rahmenlehrplänen der Bundesländer geforderte – aber kaum umgesetzte – Forderung fächerübergreifender Sexueller Bildung umgesetzt wird. Zudem sind dann die Fachkräfte durch die professionelle Behandlung von Sexualität im Studium/in der Ausbildung sicherer. Sexuelle Bildung sollte dabei zunehmend so entwickelt werden, dass sie den Anforderungen der Inklusion Rechnung trägt und ebenso Konzepte der Intersektionalität (Mehrfachdiskriminierung) einbezieht. Schließlich sollten Angebote Sexueller Bildung – zur Förderung des (sexuellen) Wohlbefindens – in stärkerem Maße (und flächendeckend) auch für die verschiedenen Phasen des Erwachsenenalters etabliert werden.

## Schwerpunkte für die Beratungstätigkeit

Für in der Praxis Tätige bedeutet der vorgestellte Begriff der Sexuellen Gesundheit, dass das Wohlbefinden der Rat suchenden Person im Mittelpunkt der Beratung und Behandlung steht. Unter anderem ist Homosexualität anzuerkennen, zudem müssen die eigenen Normen daraufhin überprüft werden, ob sie den Rat suchenden Personen einfach übergestülpt werden und damit das Selbstbestimmungsrecht derselben eingeschränkt wird. Sexuelle Gesundheit ist insbesondere individuell zu sehen und entsprechend sollte sie in der Beratungssituation thematisiert werden.

*Die Autorin und der Autor bedanken sich für Anregungen und sachdienliche Hinweise bei Harriet Langanke, Stifterin und Leiterin der Gemeinnützigen Stiftung Sexualität und Gesundheit (GS:SG), Köln, und bei Dr. Christine Winkelmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Leiterin des Referats Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI).*

## Literatur

1 WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organisation as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22.6.1946. 1946 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.who.int/healthsystems/hss-glossary/en/index5.html.

2 WHO. Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. World Health Or-

ganization, Technical Report Series, No. 572, Geneva. 1975 [zitiert am 01.01.2016]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf.
3 WHO. Developing sexual health programmes – A framework for action. World Health Organization, Geneva. 2010 [zitiert am 01.01.2016]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf.
4 WHO. Regional strategy on sexual and reproductive health. World Health Organization, Copenhagen (Denmark). 2001 [zitiert am 1.1.2016]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf.
5 Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law. Oxford: Clarendon Press; 2003.
6 WHO. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. World Health Organization, Geneva. 2006 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
7 Yogyakarta Principles. Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity. 2007 [zitiert am 16.05.2016]. http://www.yogyakartaprinciples.org/.
8 WHO-Regionalbüro für Europa (Hrsg.). Definition »Sexuelle Gesundheit«. 2011 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition.
9 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification –. 2016 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM-2016.html.
10 Allex A (Hrsg.). Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur Internationalen Kampagne. 3. überarb. Auflage. Neu-Ulm: AG SPAK; 2014(2012).
11 WHO. Report of ICD-11-Revision Review. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.who.int/classifications/icd/reportoftheicd11review14april2015.pdf?ua=1.
12 WHO. Entre Nous. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.euro.who.int/en/publications/entrenous.
13 WAS. World Association of Sexual Health. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.worldsexology.org/.
14 IUSTI. International Union against Sexually Transmitted Infections. [zitiert am 24.05.2016]. http://www.iusti.org/.
15 ISSTDR. International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. [zitiert am 24.5.2016]. http://isstdr.org/about-isstdr.php.
16 IPPF. International Planned Parenthood Federation. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.ippf.org.
17 Sexualaufklärung. Portal Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.sexualaufklaerung.de/.
18 BZgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.bzga.de/.
19 BZgA WHO. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.bzga-whocc.de.
20 Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité Berlin. Sexualmedizin. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.sexualmedizin.charite.de.
21 Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Sexualforschung. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-f%C3%BCr-sexualforschung-und-forensische-psychiatrie/index.html.
22 Universität Kiel, Abteilung Sexualpädagogik. Sexualpädagogik. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.sexualpaedagogik.uni-kiel.de.
23 IFAS. Institut für Angewandte Sexualwissenschaft. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.ifas-home.de.
24 DGfS. Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://dgfs.info.
25 DGSMTW. Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.dgsmtw.de.
26 DGSS. Deutsche Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung. 2016 [zitiert am 09.01.2016]. http://www.sexologie.org.
27 DSTIG. Deutsche STI-Gesellschaft. 2015 [zitiert am 01.01.2016] http://dstig.de/sexuelle-gesundheit.html.
28 DSTIG. Deutsche STI-Gesellschaft. 2015 [zitiert am 10.01.2016]. http://dstig.de/literaturleitlinienlinks/aktuelle-publikationen.html.
29 GSP. Gesellschaft für Sexualpädagogik. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. http://www.gsp-ev.de/.
30 Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Sexualwissenschaft. 2015 [zitiert am 1.1.2016]. http://sexualwissenschaft.org.
31 Institut für Sexualpädagogik ISP. 2015 [zitiert am 01.01.2016]. https://www.isp-dortmund.de/.
32 Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit GS:SG. 2015 [zitiert am 08.01.2016]. http://www.stiftung-gssg.de/stiftung/.

# 2.2 Sexuelle Gesundheit von Jungen bis zur Pubertät

*Gunter Neubauer*

**Zusammenfassung**

Sexuelle Gesundheit ist ein vielschichtiger Begriff, der in Bezug auf Kinder, und in unserem Zusammenhang insbesondere in Bezug auf Jungen, präzisiert und eingegrenzt werden muss. Mit Blick auf die kindliche Sexualität lässt er sich in der Regel nur basal auch auf (spätere) reproduktive Gesundheit beziehen; insofern geht es hier weniger etwa um die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten oder um sexuelle Störungen. Im Mittelpunkt des Interesses steht vielmehr die sexuelle Entwicklung von Jungen bis zur Geschlechtsreife, der Pubertät. Dazu gehören die körperliche und die psychosexuelle Entwicklung, ein »gesunder« Umgang mit dem eigenen Körper, die Bewältigung sozialer Entwicklungsaufgaben im Kontext der Sexualität und die Aneignung von Sexualwissen, ebenso wie Fragen der männlichen Geschlechtsrolle und der sexuellen Identität. Nicht zuletzt muss es gerade schon im Kindesalter und auch für Jungen um das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und den Schutz vor sexueller Gewalt gehen. Vor dem Hintergrund, dass sich in Vorstellungen über kindliche Sexualität wiederum gesellschaftliche Auffassungen von Sexualität insgesamt spiegeln, ist die sexuelle Gesundheit von Jungen zuletzt auch im Kontext institutioneller Rahmenbedingungen vor allem in Familie, Kindertageseinrichtung und Grundschule zu betrachten. Modellhafte Praxisprojekte oder informative Ansätze einer explizit jungenbezogenen Förderung der sexuellen Gesundheit zeigen sich dabei als Mangelware.

**Summary: Sexual health of boys before puberty**

Sexual health is a broad term that needs to be clarified and limited in relation to children and in our context, in particular towards boys. When considering the infantile sexuality, it can only refer to basal (later) reproductive health generally; insofar it is not so much related to the prevention of sexually transmitted diseases or the treatment of sexual disorders. The focus of interest is rather on the sexual development of boys until puberty. This includes the physical and psychosexual development; a »healthy« dealing with their own bodies, addressing social challenges in the context of growing up sexually and the acquisition of sexual knowledge; also questions concerning the male gender role and sexual identity. Not least, it is important to work against sexual violence already in infancy and even for boys as also for the right of sexual self-determination and protection. Finally against the background that, in turn, ideas about infantile sexuality reflect social conceptions of sexuality as a whole, the sexual health of boys is to be considered least in the context of institutional frameworks, particularly in family, day care and primary school. Exemplary practical projects or informational approaches that are explicitly related to sexual health promotion with boys are rather scarce.

## Einleitung und Problemaufriss: »Alles dran? Alles drin? Alles drauf?«

Der Beitrag befasst sich mit »Alles dran, alles drin, alles drauf?« und spielt damit auf drei Dimensionen der sexuellen Gesundheit von Jungen an. Nach der Geburt wird häufig danach gefragt, ob auch »alles dran« ist, das heißt, ob der Körper gut ausgebildet ist (physische Dimension). Bei Jungen bezieht sich diese Frage nicht zuletzt auch auf Penis und Hoden als primäre, äußerlich sichtbare Geschlechtsmerkmale: *Es ist ein Junge …* »Alles drin« bezieht sich dann nicht nur auf das verborgene Körperinnere, sondern vielmehr auf die kognitiven Konzepte von Körper und Sexualität, die sich ein Junge aneignen, die er entwickeln und internalisieren muss (psychische bzw. mentale Dimension). »Alles drauf« meint dagegen die Verhaltensebene, also die Anforderung, mit dem eigenen Körper und der eigenen Sexualität aktiv und lebenspraktisch umzugehen (soziale Dimension).

Die sexuelle Gesundheit von Jungen im Kleinkind-, Vorschul- und Grundschulalter ist ein Thema, das zumeist im allgemeinen Diskurs über kindliche Sexualität [1] aufgeht und in der Regel nicht eigenständig, das heißt im Sinn expliziter Jungenbezüge, herausgearbeitet wird. Der Sache nach taucht es in vielfältigen und heterogenen Zusammenhängen auf, so etwa in Pädiatrie und Entwicklungspsychologie, Elementar- und Primarbildung, in der sozial- wie sexualpädagogischen Aus- und Weiterbildung, bei Sexualaufklärung und Familienbildung, in Kinder- und Jugendschutz, inklusive der dazugehörenden Präventionsfragen, sowie bei diversen Einrichtungen und Fachgesellschaften, die sich mit kindlicher Sexualität befassen – weshalb für das Thema ein interdisziplinärer, multiprofessioneller Ansatz unabdingbar ist. Das Thema »Jungen und Sexualität« bzw. »Jungensexualität« wird dabei insgesamt zwar nicht gerade selten angesprochen, dies allerdings größtenteils im Zusammenhang mit Pubertät und Adoleszenz, also erst von zehn bis zwölf Jahren an aufwärts [2]. Dies zeigt sich insbesondere bei der spärlichen Literatur zu diesem Thema und gilt für den Bereich wissenschaftlicher Studien über Fachbücher und Elternratgeber bis hin zu Jungen- bzw. Kinderbüchern. Das in den 1990er Jahren noch deutlicher erkennbare Interesse an der schieren Jungenentwicklung und Jungensexualität [3–5] erscheint inzwischen von präventiven Zugängen und Fragestellungen weitgehend überdeckt zu werden.

Hinzu kommt, dass der Zusammenhang von »Jungen und Gesundheit« nach wie vor grundsätzlich unterbelichtet ist und mehrheitlich, wenn überhaupt, mit einem Problemfokus betrachtet wird [6, 7]. So ist es nicht überraschend, dass auch »Jungen, Sexualität und Gesundheit« selten positiv zusammengedacht, sondern eher von Gefährdungen her bestimmt wird – und insbesondere für die Zeit *vor der Pubertät* ein eher unbearbeitetes Feld ist. Daran wird deutlich, dass sexuelle Gesundheit in erster Linie immer noch im Zusammenhang mit Fortpflanzung und damit als reproduktive Gesundheit verstanden wird, was für Jungen im Kindesalter – also vor dem im eigentlichen Sinn »reproduktiven Alter« – eine naturgemäß geringere Bedeutung hat. In dieser Lebensphase ist dagegen eine Perspektive auf die sexuelle Entwicklung und auf sexuelle Rechte (z.B. Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit, Freiheit von Zwang, Missbrauch und Gewalt, Schutz vor Gesundheitsproblemen sowie Behandlung von Fehlbildungen und Erkrankungen) zwingend. Dies lässt sich auch aus der einschlägigen Definition der World Health Organization (WHO) ableiten [8].

### Definition »Sexuelle Gesundheit« der Weltgesundheitsorganisation

»Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden.

Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen.

Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.

Es bleibt noch viel zu tun um sicherzustellen, dass Gesundheitspolitik und -praxis dies anerkennen und widerspiegeln« [8].

Wird diese Definition auf Jungen angewendet, dann ist danach zu fragen, wie Jungen körperliches, emotionales, mentales und soziales Wohlbefinden in Bezug auf ihre *eigene* Sexualität erfahren können, was also sexuelle Lebensqualität sowie ein befriedigendes, geschütztes Sexualleben bei Jungen ausmacht. Wie entwickeln Jungen – geschlechtsbezogen, das heißt *als Jungen* – eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und zu sexuellen Beziehungen? Welche Möglichkeiten, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, werden Jungen eingeräumt und wie machen sie von diesen Möglichkeiten Gebrauch? Dazu kommt ihr »Recht auf sexuelle Information« und ihr »Recht auf Lust« [9] – was im Entwicklungsverlauf sicher in umgekehrter Reihenfolge stehen müsste – sowie insgesamt ein positiver Zugang zur Sexualität in einer »Umgebung, die Menschen den uneingeschränkten Genuss ihrer Sexualität als Potenzial ihrer selbst ermöglicht« [9]. Im Licht dieser wahrlich emanzipatorischen, sexualfreundlichen Forderung gehört die sexuelle Gesundheit notwendig zur sexuellen Bildung von Jungen dazu, und dies sowohl auf individueller Ebene als Selbst-Bildung [10], wie auch auf Ebene sexualpädagogischer Konzepte in Institutionen und im Bereich der Bildungspolitik.

Allerdings verbindet sich mit der Frage nach der sexuellen *Gesundheit* (bzw. einer sexuell gesunden Entwicklung) von Jungen oft auch die Frage nach der »gesunden« *Sexualität* (bzw. einer »gesunden« sexuellen Entwicklung) von Jungen. Mit der Umkehrung dieser Begriffe entsteht eine deutlich größere Spannung, weil nun einerseits Aspekte der sexuellen Aktivität von Jungen und ein Geschlechtsbezug stärker hervorgehoben werden, andererseits das »Ungesunde« (die »ungesunde« Entwicklung, das sexuelle »Ungesunde«) und entsprechende moralische Kategorien als Kontrast erscheinen. Insofern Diskurse um männliche Sexualität sehr oft eine deutlich männlichkeitskritische Komponente beinhalten, lädt sich der traditionelle Diskurs um die »gesunde« kindliche Sexualität dabei nochmals auf mit – teils kritischen, teils affirmativen – Bildern von Männlichkeit. Gerade in Bezug auf Jungen im Kleinkind-, Vorschul- und Grundschulalter sollte das jedoch nicht dazu führen, dass überwiegend Problemdiskurse zur Jungensexualität geführt und »externe« Schutz- und Belastungsfaktoren wie auch das Gelingen von männlicher sexueller Entwicklung übersehen werden.

## Jungen – Sexualität – Gesundheit

Für ein umfassendes Verständnis der sexuellen Gesundheit von Jungen im Entwicklungszusammenhang empfiehlt sich ein eher weiter Begriff von Sexualität, der sich nicht auf genitale Sexualität beschränkt, sondern alle sexuell-geschlechtlichen Lebensäußerungen integriert. Dabei kann [6, S. 30] nochmals unterschieden werden zwischen

1. spezieller Jungengesundheit (die im biologisch-medizinischen Sinn gesunde Entwicklung der männlichen Sexualorgane und des Urogenitalbereichs),

2. allgemeiner Jungengesundheit (Sexualität von Jungen als heterogener Gesamtpopulation genderbezogen betrachtet) und
3. relativer Jungengesundheit (sexuelle Entwicklung im Vergleich zwischen Jungen und Mädchen).

Eine in dieser Weise vielschichtige Betrachtung findet sich in der Literatur nur selten. Darüber hinaus beginnt eine Perspektive auf kulturelle Vielfalt meist erst ab der Pubertät [11, 12].

## Sexuelle Entwicklung von Jungen

Zu Beginn der sexuellen Entwicklung von Jungen konzentriert sich das Interesse auf Geschlechtszugehörigkeit und -bestimmung, auf das »alles dran« und umgekehrt auf die sogenannten »Störungen der Geschlechtsentwicklung« (englisch DSD: disorders of sex development) [13] – insbesondere Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane (ICD-10-GM-2016 Q53-Q55), ein unbestimmtes Geschlecht (Q56) oder Chromosomenanomalien wie das Klinefelter-Syndrom (Q98). Hervorzuheben ist, dass betroffene Kinder bei grundsätzlich gleichen Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsbedürfnissen zunächst vor allem kompetente medizinische Unterstützung brauchen, ihre Eltern dagegen gute, fundierte Beratung und gegebenenfalls psychosoziale Begleitung. Dies auch deshalb, weil Fehlbildungen und Phänomene anatomischer oder genetischer Uneindeutigkeit (Intersexualität) Eltern stark herausfordern, und weil selbst relativ häufige jungenspezifische Krankheitsbilder eher unbekannt und tabuisiert sind [14]. Das betrifft zum Beispiel schon den Unterschied zwischen Vorhautverengung (Phimose) und -verklebung (in Teilen der Pädiatrie gilt das Phimose-Thema als aufgebauscht) oder auch die Empfehlung, Hypospadie (Harnröhrenspalte) oder Hodenhochstand möglichst frühzeitig zu behandeln (d.h. im 12.–18. bzw. 6.–12. Lebensmonat). Zu berücksichtigen ist dabei, dass auch eine frühzeitige und erfolgreiche Hypospadie- oder Phimose-Behandlung zu Beeinträchtigungen der psychosexuellen Entwicklung führen kann (z.B. sexuelle Hemmungen, durchschnittlich spätere erste Sexualkontakte). Mehr Augenmerk brauchen auch Aufklärung und Nachsorge. Eine Befragung ehemaliger Phimose- und Hypospadiepatienten im Erwachsenenalter zeigte, dass das offene Gespräch mit dem Jungen altersabhängig gegebenenfalls vor, aber auf jeden Fall nach der Operation als Voraussetzung für eine gute Verarbeitung gelten kann [5]. Umgekehrt deutete sich an, dass aus fehlender Aufklärung und Nachsorge gewisse Ängste, Schwierigkeiten und Belastungen des Sexuallebens entstehen können.

Bei der Beschreibung des weiteren Entwicklungsverlaufs von Jungen sehen wir eine Dominanz psychoanalytischer Zugänge, die im Wesentlichen das Freud'sche Phasenmodell (orale Phase 1.–2., anale Phase 2.–3., phallische bzw. ödipale Phase 3.–5., Latenzphase 5.–11., genitale Phase ab dem 12. Lebensjahr, siehe Tabelle 1) variieren [1, 15, 16]. Der Fokus liegt hier weniger auf der (sexuellen) Gesundheit als auf allgemeinen Entwicklungsaufgaben, insbesondere die der psychosexuellen Identitätsentwicklung. Indem es dabei um Identifikation mit Männlichkeit und Weiblichkeit geht, kommt auch eine Geschlechterdifferenzierung ins Spiel. Daraus entstehen modellhafte Normalverläufe mit Orientierungsfunktion, von denen wiederum Probleme der männlichen sexuellen Entwicklung – im Jungenalter etwa »Überbesetzung« des Penis und Kastrationsangst – abgeleitet werden [17]. Eine Differenzierung etwa nach sozialen Milieus oder sexuellen Kulturen steht dagegen nicht im Zentrum des Interesses. Während psychoanalytischen Modellen immer wieder ein gewisser Androzentrismus vorgehalten und deren universale Gültigkeit infrage gestellt wird, kann jedoch positiv hervorgehoben werden, dass kindliche Sexualität hier einfach als gegeben betrachtet wird. In diesem Sinn wäre eine Untersuchung bzw. Darstellung der sexuellen Entwicklung

*Tab. 1: Ein psychoanalytisches Modell der psychosexuellen Entwicklung von Jungen [7, S. 107]*

| Alter | Entwicklungsverlauf von Jungen |
|---|---|
| 0–1,5 | orale Phase; Entdeckung des Penis, genitale Masturbation |
| 1,5–3 | anale Phase; Lustgewinn durch Kontrolle analer und urethaler Funktionen |
| 4–6 | infantil-genitale Phase; Bewusstwerden der Geschlechterunterschiede und der Geschlechtskonstanz, Angst vor dem Verlust des Penis und davor, genital minderwertig ausgestattet zu sein, ödipaler Konflikt |
| 7–10 | Latenzzeit; manifeste Sexualisierungen, »Triebdruck« und sexuelle Interessen nehmen ab, Masturbation als Spannungsregulativ für psychische Stabilität |
| 11–12 | Vorpubertät; Herausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale, Zunahme von Erektionen und von sexuellen Empfindungen, Prägenitalität, Anpassung des Körperbilds, präadoleszente Regression |
| 13–14 | Pubertät; Spermarche und Ejakularche, regelmäßige Masturbation, Zunahme sexueller Phantasien, gleichzeitig Abwehr genitaler Impulse |

von Jungen (und Mädchen) wünschenswert, die sich weniger am überkommenen Modell als an gegenwärtigen Entwicklungsphänomenen orientiert.

Zur sexuellen Entwicklung von Jungen gehört die körperliche Selbsterkundung, der Erwerb von Kenntnissen über Geschlechterunterschiede sowie die geschlechtstypische Ausprägung der Körperscham im Kindergartenalter. Scham reguliert Intimität und Privatsphäre und ist insbesondere mit Geschlechtsorganen und Sexualität verknüpft. Das Empfinden von Scham ist zwar universal, muss aber kulturell erlernt und bewältigt werden: Ihre positive Funktion darf nicht in blockierende Schamhaftigkeit umschlagen. Eltern gehen dabei weithin von Unterschieden in der Schamentwicklung zwischen Jungen und Mädchen aus: So assoziieren sie Schamhaftigkeit eher mit Weiblichkeit und erwarten sie bei Mädchen zeitlich früher. Demgegenüber lassen sich Geschlechtsunterschiede beim Beginn sowohl von Selbst- als auch von Fremdscham nicht bestätigen [18, 19]. Allerdings schämen sich Jungen früher vor ihren Müttern als vor ihren Vätern und auch insgesamt früher vor weiblichen Personen als vor männlichen. Außerdem zeigt sich, dass sich Jungen mehr als Mädchen vor weiblichen Personen schämen, während sich beide gleichermaßen vor männlichen schämen. Weibliche Scham gilt deshalb als heterosexuell, männliche als heterosexuell und homosexuell. Insgesamt ist bei Jungen mehr Scham anzutreffen, sowohl als Selbstscham wie auch als Fremdscham. Als basaler Teil von Geschlechtsrollenentwicklung wird dies auf unterschiedliche körperliche Interaktion von männlichen und weiblichen Erwachsenen im kindlichen Umfeld zurückgeführt, außerdem darauf, dass Jungen, anders als Mädchen, vor allem mit Präsenz und Betreuung des Gegengeschlechts konfrontiert sind.

Über eine mehr oder weniger geschlechtstypische Erfahrung von Nähe, Fürsorge, Körperkontakt, Scham usw. erfahren Jungen eine spezifische sexuelle Körpersozialisation. Sie entsteht durch Integration und Ausschluss bestimmter körperlicher Praktiken und führt zur Entwicklung eines Geschlechtskörpers, der von männlichen Körperbildern und entsprechenden somatischen Kulturen bestimmt wird [20]. Dazu gehören »männliche« Bewegungsmuster, der Ausschluss »weiblicher« Körperzugänge, ein geschlechtstypischer Umgang mit körperlichen Risiken und Grenzen und ein zunehmend funktionales Verständnis von Körperlichkeit. Die Sexualisation von Jungen kann entsprechend verstanden werden als Wechselspiel zwischen »Verkörperlichungsprozessen«, die das männliche Erleben und das Geschlecht des Körpers formen, und »Vergeschlechtlichungsprozessen«,

die das leibliche Erleben von Geschlechtlichkeit und den Körper als Jungenkörper beeinflussen. Über die Körperbiografie und das Körpergedächtnis prägt sich auf diese Weise mittel- und langfristig eine individuelle und häufig geschlechtstypische Beziehung zwischen Körper, Emotionalität und Kommunikation aus [5]. In der Begleitung von Jungen ist hierbei darauf zu achten, dass ihr Repertoire möglichst breit bleibt und nicht zu einer körperlichen, emotionalen und kommunikativen Verhärtung führt.

Im Umgang mit Jungen prägen Auffassungen von Sexualität und Körperlichkeit der Eltern und der Fachkräfte immer auch deren Umgang mit der Jungensexualität und dem Jungenkörper. Spontane Erektionen im Kindesalter und mehr noch Selbsterkundung und Selbstbefriedigung führen nicht selten zu Irritationen, wenn der Sinn dieses Verhaltens nicht verstanden und aus einer Erwachsenenperspektive heraus negativ beurteilt wird. Gleichzeitig scheint der Penis im Fokus zu stehen, was sich etwa im Variantenreichtum bei der Benennung, am Sitzpinkeldiskurs oder bei der Frage nach der richtigen Penishygiene beim Jungen zeigt. Klare, adäquate Bezeichnungen auch für die männlichen Genitalien zu erlernen ist unerlässlich. Umgekehrt wird die Neigung von Jungen zu sexuellen Verbalisierungen nicht immer gerne gesehen, obwohl sie ein wichtiges Element der Auseinandersetzung und Annäherung zur eigenen Sexualität darstellt: Bestimmte Bereiche und Begriffe werden jedoch tabuisiert, obwohl sie für ein umfassendes Sexualwissen wichtig wären [21]. Für die drei Wissensbereiche »Geschlechtsunterschiede«, »Geschlechtsorgane« und »sexuelle Aktivitäten« zeigen sich bei 2- bis 6-jährigen Kindern noch keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen [22, 23]. Im Grundschulalter zeigen sich Jungen dann etwas weniger interessiert an Information und Sexualaufklärung als Mädchen, auch wenn über die Hälfte von ihnen trotzdem mehr darüber wissen möchte [24]. Bei den 8- bis 14-Jährigen nimmt das Interesse an Sexualaufklärung gegenüber anderen Körperthemen ab. Jungen interessieren sich dabei weniger für Schwangerschaft und Verhütung, sondern zeigen sich unbekümmerter und lustorientierter. Eltern und Väter dienen ihnen in geringerem Umfang als Informationsquelle, dagegen bevorzugen sie interaktive Medien (Computerspiele, Internet) und audiovisuelle Präsentationen, die auch etwas zeigen. Entsprechend haben sie häufiger als Mädchen Erfahrungen mit Pornografie [25, 26].

Vor dem Hintergrund solcher Beobachtungen erscheint das Konzept der Latenzzeit heute vielen als überholt, gerade auch im Blick auf die Sexualität und das sexuelle Interesse von Jungen. Latenz meint ursprünglich eine Art sexueller Entwicklungsverzögerung: Die psychosexuelle Entwicklung stagniert, weil das sexuelle Interesse durch gegenläufige Impulse nicht ausagiert werden kann. Dass dies heute anders wahrgenommen wird, liegt vor allem am veränderten gesellschaftlichen Umgang mit Sexualität. Dazu kommt das Phänomen der Akzeleration – das mittlere Pubertätsalter ist im letzten Jahrhundert um etwa zwei Jahre gesunken, wobei der etwa einjährige Entwicklungsnachsprung der Jungen konstant geblieben ist. Dabei stellen sich für eine Beurteilung der Entwicklung auf der Jungenseite allerdings mehrere Probleme: Erstens gibt es eine große Varianz in der Reifeentwicklung; zweitens ist die Datenlage schlecht und veraltet; drittens ist der erste Samenerguss (Spermarche) als Indikator für die Geschlechtsreife ein verdecktes, in der Regel nicht beobachtetes und messbares Phänomen; viertens ist der Stimmwechsel (Mutation), der hilfsweise herangezogen wird, ein relativ spätes Reifemerkmal. Zudem lässt sich grundsätzlich feststellen: »Repräsentative Ergebnisse zur Reifeentwicklung bei Jungen, speziell zum Merkmal Mutation, sind in Deutschland kaum publiziert« [27, S. 682]. Die KiGGS-Studie (2003–2006) ermittelte den Median für die Mutation Stufe 1 (Stimme schwankt) auf 13,5 Jahre und für die Stufe 2 (Stimme tief) auf 15,1 Jahre. Mit 14 Jahren ist

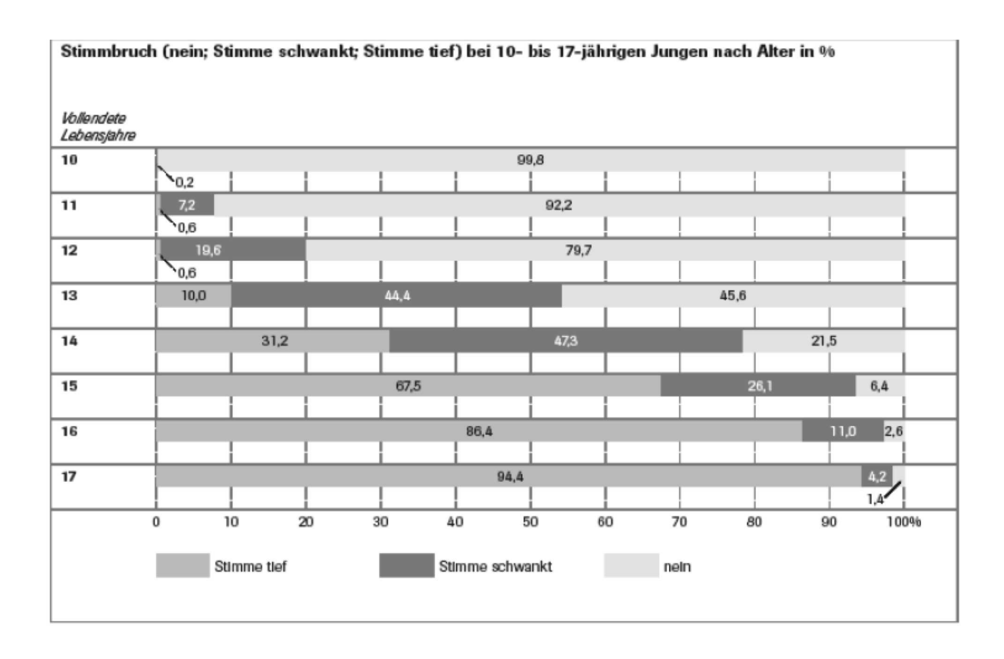



*Abb. 1: Stimmbruch bei 10- bis 17-jährigen Jungen nach Alter in Prozent [28, S. 21]*

bei etwa einem Drittel, mit 15 Jahren bei etwa zwei Dritteln der Jungen der Stimmwechsel vollzogen (vgl. Abbildung 1) [28]. Eine Reifestudie von 1985 (!) datiert den durchschnittlichen Beginn der pubertären Genitalentwicklung bei Jungen auf 11,1 Jahre, die Spermarche auf 13,8 Jahre. Ende der 1990er Jahre wird die Spermarche auf 12,5 Jahre datiert [27, S. 677].

Die Geschlechtsreife von Jungen bildet eine deutliche Zäsur in der sexuellen Entwicklung. Wird sie nicht als Beginn, sondern als biologischer Abschluss der Pubertät verstanden, auf welchen die Adoleszenz folgt, treten Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben des Jugendalters umso deutlicher hervor: soziale und körperliche Integration von Genitalität und Sexualität insgesamt, Partnersuche und partnerschaftliche sexuelle Praxis, Weiterentwicklung der sexuellen Identität usw. Außerdem verändert sich die rechtliche Beurteilung kindlicher Sexualität: Mit Vollendung des 14. Lebensjahrs endet die Kindheit und auch die Schutzaltersgrenze vor sexuellem Missbrauch, die Sexualmündigkeit ist erreicht. Jungen (und Mädchen) können nun über ihre Sexualität in dem Sinn frei verfügen, dass der einvernehmliche Geschlechtsverkehr und andere sexuelle Handlungen im Prinzip weder für einen Minderjährigen noch für einen gegebenenfalls älteren Geschlechtspartner strafbar sind [29].

## Experteninterviews zur sexuellen Gesundheit von Jungen

Um Material über die für das Kindesalter teils spärliche Literatur hinaus zu gewinnen, wurden im Zusammenhang mit diesem Beitrag insgesamt zwölf Personen (fünf Frauen, sieben Männer) zur sexuellen Gesundheit von Jungen befragt, davon je zwei Personen aus den Bereichen Eltern- und Familienbildung, Kindertageseinrichtungen, Grundschule, Kinder- und Jugendmedizin, außerdem vier Personen mit sexualpädagogischer Expertise. Die Ergebnisse dieser Befragung [30] können an dieser Stelle nur skizzen- und thesenhaft dargestellt werden. Insgesamt zeigte sich, dass der Begriff

der sexuellen Gesundheit für viele Fachkräfte noch eher ungewöhnlich ist und es nicht leichtfällt, diesen in einem geschlechtsbezogenen Sinn auf Jungen anzuwenden. Die folgenden Thesen müssten entsprechend weiter untersucht und diskutiert werden:

1. Der Penis als Symbol männlicher Sexualität erfährt von klein auf eine hohe familiäre und öffentliche Aufmerksamkeit, etwa bei Fragen der Hygiene, in der Vielfalt von Bezeichnungen, beim Diskurs zur Erziehung zum Sitzpinkeln und in Bezug auf Erektionen. Diese Aufmerksamkeit ist ambivalent.
2. Hinsichtlich Häufigkeit und Intensität von Selbstbefriedigung werden keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen im Kindesalter wahrgenommen, allerdings bei der »Technik«. Jungen scheinen sich häufiger direkt manuell zu stimulieren, was Erwachsene eher zur Intervention veranlassen mag als bei Mädchen, deren Selbstbefriedigung eher indirekt und nicht-manuell beobachtet und berichtet wird.
3. Die sexuelle Entwicklung von Jungen wird mit einer gewissen männlichen Aktivitätserwartung begleitet, was sich auch in Bezeichnungen wie »der kleine Mann«, »der Stammhalter« zeigt. Dabei sind kulturelle Differenzierungen notwendig.
4. Gleichzeitig gibt es eine eigene, kritische Aufmerksamkeit auf sexuelles Interesse und explorative sexuelle Aktivität von Jungen, oft verbunden mit der Befürchtung von »zu viel« an sexuellem Interesse und einer Gefahr der Grenzüberschreitung.
5. Der Druck, sich eindeutig in einer männlichen Geschlechtlichkeit zu verhalten und zu zeigen, ein »richtiger« Junge zu sein und Mann zu werden, ist für Jungen höher. Untypisches Jungenverhalten dagegen fällt eher auf, es wird häufig kommentiert oder sanktioniert.
6. »Männliche« somatische Kulturen [31], die sich Jungen aneignen, können ihre sexuelle Gesundheit beeinträchtigen, indem bestimmte Formen von Nähe, Berührung oder Entspannung abgewertet werden und Zugänge in körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden nur noch ausschnitthaft möglich sind. Auf der anderen Seite sind Gleichaltrigengruppen im positiven Sinn immer auch ein Ort der Selbstvergewisserung, Lebensbewältigung und des sozialen Lernens.
7. In der sexuellen Entwicklung werden bei Jungen eher offene Bewältigungsformen und externalisierendes Verhalten wahrgenommen, zum Beispiel als Verbalisierungen, Sexualisierungen, Grenzüberschreitungen im Kindergarten- und Grundschulbereich. Dies steht im Kontext mit Männlichkeits- und Potenzvorstellungen, die auch als ein interaktiver Prozess zwischen Erwachsenen und Jungen verstanden werden müssen.
8. Eine Latenzzeit als sexuelles Moratorium lässt sich heute (nicht nur bei Jungen) nicht mehr feststellen. Stattdessen wird, wenn auch nicht bei allen Jungen gleichermaßen, ein mehr oder weniger durchgängiges sexuelles Interesse beobachtet.
9. Das im Durchschnitt spätere Einsetzen der pubertären Entwicklung (»Entwicklungsnachsprung«) scheint ein Teil der Jungen als tendenziell beschämend und depotenzierend zu erleben: Der Entwicklungsvorsprung von Mädchen führt Behauptungen männlicher Überlegenheit gleichsam ad absurdum und muss bewältigt werden.
10. Der erste Samenerguss von Jungen ist informativ wie erzieherisch kaum »vorbereitet« und begleitet. Jungen müssen ihn im Prinzip alleine bewältigen, was verunsichernd und isolierend wirken kann. Es wäre wichtig, hierbei sensibel und frühzeitig anzusetzen, bevor es zu peinlich für dieselben wird.

Abschließend wurden die Befragten gebeten, Indikatoren für die sexuelle Gesundheit von Jungen im Kindesalter zu entwickeln. Benannt wurden unter anderem die Entwicklung von

*Tab. 2: Prävalenz der Vorhautbeschneidung [32, S. 846]*

| Prävalenz der Vorhautbeschneidung (0–17 Jahre) in % – KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | 10,9% | | | | |
| Migration | »Ja« – 15,3% | »Ja, türkisch« (sic!) – 27,5% | »Nein« – 9,9% | | |
| Wohnort | »Ost« – 9,5% | »West« – 11,1% | | | |
| Struktur | »ländlich« – 9,5% | »städtisch« – 12,0% | | | |
| Sozialstatus | »Niedrig« – 12,3% | »Mittel« – 10,2% | »Hoch« – 8,8% | | |
| Alter | »0–2 Jahre« – 1,6% | »3–6 Jahre« – 10,1% | »7–10 Jahre« – 14,7% | »11–13 Jahre« – 13,3% | »14–17 Jahre« – 11,6% |

Scham zur selbstbewussten Wahrung der körperlichen und sexuellen Integrität, ein unbefangener Umgang mit dem eigenen Körper, der angemessene körperliche Nähe zu anderen wie auch die Selbsterkundung und Selbstbefriedigung mit einschließt, die adäquate Benennung der eigenen Genitalien und körperlicher Empfindungen, die Fähigkeit zu Genuss und Selbststeuerung, der Verzicht auf externalisierendes Zur-Schau-Stellen männlicher Potenz und alle Formen der Gewalt im Zusammenhang mit Sexualität, ein gesundes sexuelles Interesse im Allgemeinen und ein gewisses Interesse an der eigenen sexuellen Entwicklung sowie an generellen Informationen über Sexualität und nicht zuletzt die Erfahrung, dass eigene körperliche, soziale und sexuelle Grenzen respektiert werden. Dies wäre nochmals ausführlich darzustellen und altersbezogen zu differenzieren.

## Problemdiskurse zur sexuellen Gesundheit von Jungen

Nach der eingangs zitierten Definition der WHO ist sexuelle Gesundheit ein Zustand des Wohlbefindens und »nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen«. So wünschenswert eine grundsätzlich positive, salutogenetische Perspektive auf die sexuelle Gesundheit von Jungen auch ist: Ein Blick auf problematische bzw. problematisierte Aspekte kann jedoch sowohl in Hinblick auf die Sache selbst als auch vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Debatten nicht einfach ausgelassen werden. Ein Teil davon – zum Beispiel die Frage nach sexuell grenzverletzendes Verhalten – zeigt sich vor allem im institutionellen Kontext etwa von Kita und Grundschule (s. u.), ein anderer Teil – zum Beispiel Vorhautbeschneidung und sexualisierte Gewalt gegen Jungen – betrifft eher mediale, politische und fachliche Debatten. Für Letzteres gibt es auch Bezüge zu den aktuellen Migrationsbewegungen, vor allem hinsichtlich des hohen Anteils beschnittener, beschneidungsgewohnter und beschneidungsoffener Muslime unter den Geflüchteten sowie hinsichtlich der Erfahrung sexualisierter Gewalt auf der Flucht bei Jungen und unbegleiteten minderjährigen (männlichen) Ausländern (UMA).

### *Vorhautbeschneidung von Jungen*

Die Vorhautbeschneidung betrifft in Deutschland etwa jeden zehnten Jungen. Bei den vorliegenden Daten [32] kann dabei nicht zwischen medizinisch indizierter und kulturell-religiös motivierter Beschneidungspraxis unterschieden werden. Im städtischen Kontext und in den westlichen Bundesländern, mehr noch bei Migration und Türkeistämmigkeit als Differenzierungskriterium, finden sich größere Durchschnittswerte, umgekehrt sinkt die Rate bei höherem Sozialstatus (siehe Tabelle 2).

Ob dieses Thema überhaupt zur sexuellen Gesundheit und damit hierhergehört, ist umstritten. Dabei geht es in der Regel kaum um

die durchaus berechtigte Frage, ob etwa bei Phimosen zu früh und zu häufig beschnitten wird, sondern vielmehr um eine kulturell-religiös motivierte Beschneidungspraxis. Dabei wird sowohl seitens der sogenannten Beschneidungsbefürworter wie auch seitens ihrer Gegner gerne auch gesundheitlich argumentiert, wobei die Frage, ob eine Beschneidung der sexuellen Gesundheit von Jungen nützlich oder abträglich ist, nicht ganz einfach zu beantworten ist. Kontrovers diskutiert werden bereits die – je nach Perspektive entweder parteilichen oder verharmlosenden – Begrifflichkeiten (»Beschneidung«, »Zirkumzision«, »Befürworter« usw.). Vorbereitet durch eine Bewertung der medizinisch nicht indizierten Zirkumzision an nicht einwilligungsfähigen Jungen als rechtswidrige Körperverletzung [33], führte ein entsprechendes zweitinstanzliches Urteil des Landgerichts Köln in einem Einzelfall (Az. 151 Ns 169/11) im Mai 2012 zu einer breiten und äußerst kontrovers geführten gesellschaftlichen Debatte, in die hinein der Deutsche Bundestag bereits im Dezember 2012 neu den § 1631d BGB beschloss:

**Beschneidung des männlichen Kindes (§ 1631d BGB)**

(1) Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.
(2) In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind.

Zweifeln die einen nun die Verfassungsmäßigkeit dieser Neuregelung an, weil damit der Jungenkörper ohne Rücksicht auf das Kindeswohl quasi zur »Zwangsbeschneidung« freigegeben ist (so z. B. die Kampagne »Mein Körper gehört mir!« der Giordano-Bruno-Stiftung) und die negative Religionsfreiheit der Jungen eingeschränkt wird, empfinden andere das Gesetz gleichsam als Voraussetzung und Garantie für jüdisches und muslimisches Leben in Deutschland. Sehen die einen bei Beschneidungsgegnern nur rassistische, antisemitische und antimuslimische Einstellungen am Werk [34], erkennen die anderen in der religiös-rituellen, medizinisch nicht begründeten Genitalbeschneidung nicht einwilligungsfähiger Jungen »ein trauriges Vermächtnis« [35]. In diesem Zusammenhang wird auch die ethische sowie vor allem rechtlich unterschiedliche Bewertung der Beschneidung von Jungen und Mädchen kritisiert und als Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz in Art. 3 Abs. 1 GG betrachtet. Die wesentlichen Argumente der sogenannten Befürworter und die Argumente der Gegner der Beschneidung bzw. ihrer rechtlichen Zulassung lassen sich in vier Argumentationslinien (religiöse, rechtliche, politische und medizinische) bündeln (siehe Tabelle 3, [36]).

Es ist interessant, dass die Genderaspekte der Genitalbeschneidung bislang nur wenig diskutiert und reflektiert wurden: Was ist der Hintergrund dafür, eine männliche Religionszugehörigkeit durch Beschneidung auch körperlich zu manifestieren, weibliche Zugehörigkeit dagegen nicht in einer ähnlichen Weise? Warum gilt »männliche« Jungenbeschneidung (nicht zuletzt rechtlich betrachtet) als weitgehend akzeptable, eventuell sogar gesunde Körpermodifikation, während »weibliche« Mädchenbeschneidung per se und in jeder Form als Verstümmelung skandalisiert und illegalisiert wird? Warum sprechen Argumente, die gegen die weibliche Genitalbeschneidung vorgebracht werden, nicht auch gegen die männliche? Was sind Beitrag und Bedeu-

*Tab. 3: Argumentationslinien von Beschneidungsbefürwortern und -gegnern [36, S. 107]*

| | »Beschneidungsbefürworter« | »Beschneidungsgegner« |
|---|---|---|
| religiöse Argumente | – Ein Verbot der B. ist ein massiver Eingriff in das Grundrecht der Religionsfreiheit – außerdem Indiz für eine zunehmende Abwehrhaltung gegenüber dem Religiösen und der Ablehnung religiöser Erziehung.<br>– Zumindest im Judentum ist die B. ein konstitutives Element der Religionsausübung; jüdisches Leben in Deutschland wird ggf. unmöglich gemacht.<br>– B. ist nicht nur Brauchtum, sondern essenzieller Glaubensinhalt. | – B. ist zumindest im Islam nicht konstitutiv und ggf. bis zum Erreichen der Religionsmündigkeit aufschiebbar.<br>– Selbst im Judentum gibt es Widerstand gegen die B. sowie eine Debatte um eine Reform des Beschneidungsgebots.<br>– Eltern entscheiden sich vorrangig nicht religiös, sondern aus sozialem Druck für eine B.<br>– Auch innerhalb der Religionsgemeinschaften ist eine Reflexion über Glaubenspraktiken angebracht. |
| Rechtliche Argumente | – Das Erziehungsrecht der Eltern (Art. 6.2 GG) und das Recht auf freie Religionsausübung (Art. 4.1 und 4.2 GG) sind stärker zu gewichten als die körperliche Unversehrtheit<br>– B. ist zwar Körperverletzung, kann aber durch Einwilligung der gesetzlichen Vertreter gerechtfertigt sein.<br>– Wer die B. zur Aufnahme in eine Glaubensgemeinschaft veranlasst, handelt zum Wohl des Jungen.<br>– Die Vorenthaltung der B. ist ein Angriff auf die »religiöse Unversehrtheit«. | – Das Recht des Jungen auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2.2 GG) und auf eine gewaltfreie Erziehung ist stärker zu gewichten als Erziehungsrecht und Religionsfreiheit; das Kindeswohl hat Vorrang.<br>– Nach Art. 24.3 der UN-Kinderrechts-Konvention sind Bräuche, die gesundheitsschädlich sind, abzuschaffen.<br>– Eine religiöse Definition des Kindeswohls ist fragwürdig und im Fall der B. eine Bagatellisierung des Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit. |
| Politische Argumente | – Die breit geäußerte internationale Kritik schadet dem außenpolitischen Ansehen des Landes; Deutschland isoliert sich international und macht sich lächerlich.<br>– Die hohen Ablehnungsraten in der Bevölkerung gegen B. belegen antisemitische bzw. islamfeindliche Einstellungen (B. als vermeintlich archaisches Blutritual) und Traditionen (z. B. Verbot der B. im Nationalsozialismus)<br>– Der Umschwung vom Desinteresse an der B. zum Vorwurf massenhafter Körperverletzung ist bedenklich. | – Der Vorwurf antireligiöser Vorurteile und des Vulgärrationalismus stellt eine Verunsachlichung der Debatte dar.<br>– Chance eines Dialogs: »Statt sich auf nicht verhandelbare Maximalpositionen zurückzuziehen, sollten die Religionsgemeinschaften die aktuelle Diskussion zum Anlass nehmen, um über eine Vereinbarung von körperlicher Unversehrtheit und Religionsfreiheit nachzudenken.« |
| Medizinische Argumente | – Eine B. schützt vor Infektionen, ist gesundheitsfördernd und wirkt sich positiv auf das Sexualleben aus.<br>– Die WHO empfiehlt die B. seit 2008 als Präventionsmaßnahme gegen HIV-Infektionen in Afrika.<br>– Ein Verbot der Beschneidung treibt die Betroffenen in die Illegalität und führt zum Anstieg gesundheitlicher Risiken. | – Es gibt keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die B. krankheitsmindernde Auswirkungen hat.<br>– Angenommene medizinische Vorteile sind in Deutschland sowie im Fall der B. minderjähriger Jungen irrelevant.<br>– Auch eine fachgerecht durchgeführte B. birgt nicht zu vernachlässigende gesundheitlichen Risiken; die Komplikationsrate ist gerade im Säuglingsalter erhöht.<br>– Die Sinnhaftigkeit bzw. Zulässigkeit einer B. ohne klare medizinische Indikation ist anzuzweifeln; so rät etwa der BDU von einer B. ab, falls nicht zwingende medizinische Gründe vorliegen.<br>– Eine B. fügt den betroffenen Jungen erhebliches Leid zu; die psychologischen bzw. traumatisierenden Folgen einer B. sind noch weitgehend unerforscht. |

tung der Jungenbeschneidung für die soziale Konstruktion von Männlichkeit und die Geschlechterordnung im aktuellen gesellschaftlichen und religiösen Kontext?

Die Auseinandersetzung um die Jungenbeschneidung hält, wenn auch mit weniger Vehemenz und Öffentlichkeit, weiter an. Sie wird bei Fachtagungen diskutiert und hat einiges an Literatur hervorgebracht, darunter auch (kritische) Eigenberichte von Betroffenen, die negative Spätfolgen und Traumatisierungen berichten. Angesichts eines Anteils von immerhin etwa 10% beschnittenen Männern in Deutschland wird gegenwärtig vor allem Toleranz und ein pragmatischer Umgang verlangt. Trotzdem fordern (neben anderen) nach wie vor etwa der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) wie die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) als Dachorganisation aller pädiatrischen Fachgesellschaften, dem nil-nocere-Grundsatz (»nicht schaden«) folgend, die Aufhebung von § 1631d BGB: Bis zum Erreichen der Einwilligungsfähigkeit sollen medizinische Eingriffe nur dann unternommen werden, so die Forderung, wenn sie der Förderung oder Erhaltung der Gesundheit dienen. Die Ethikkommission der DAKJ hat aktuell eine neue Stellungnahme unter anderem zum Schmerzempfinden und zu hygienischen Anforderungen im rituellen Kontext vorgelegt [58]. Zu wünschen ist, dass bei den medizinischen, rechtlichen, politischen, interkulturellen und interreligiösen Auseinandersetzungen um die Vorhautbeschneidung der Abbau von Stereotypen und Vorurteilen sowie die Förderung von Akzeptanz und Diversität nicht zu kurz kommen.

### *Sexueller Missbrauch von und sexualisierte Gewalt gegen Jungen*

Die Gewalterfahrung von Jungen ist insgesamt höher als die von Mädchen. Jungen sind einerseits häufiger auf der Täterseite, aber genauso auch auf der Opferseite anzutreffen – wobei sie nicht zuletzt häufiger als Mädchen zum Opfer körperlicher elterlicher Gewalt werden [37]. Die gesellschaftliche Wahrnehmung für diese Zusammenhänge ist eher gering und setzt sich beim sexuellen Missbrauch fort, wo in Bezug auf Jungen eine »Mauer des Schweigens« [38] diagnostiziert wird. Noch immer dauert es an, Jungen als Opfer und die Vulnerabilität von Jungen angemessen anzuerkennen – gerade auch in Zusammenhängen, in denen Jungen überproportional oder ausschließlich betroffen sind. Der systematische sexuelle Missbrauch an der Odenwaldschule etwa ist seit Ende der 1990er Jahre öffentlich. Auslöser einer neuerlichen »Missbrauchsdebatte« waren dann erst die Vorgänge im Frühjahr 2010 im Canisius-Kolleg Berlin, im Internat der Abtei Ettal, bei den Regensburger Domspatzen und in weiteren Einrichtungen, vor allem im Bereich der katholischen Kirche. Ein Runder Tisch »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich« (2010–2011) wurde daraufhin von der deutschen Bundesregierung initiiert. Zuvor war schon ein Runder Tisch »Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren« (2009–2011) auf Beschluss des Bundestags eingerichtet worden. Nicht nur bei der Arbeit am Runden Tisch stellte sich immer wieder heraus, dass Gewalt und Missbrauch gegen Jungen und Mädchen zu einem guten Teil bekannt waren, aber von Verantwortlichen, Politik und Öffentlichkeit weitgehend ignoriert wurden. Dass missbrauchte *Jungen* bei der »Aufarbeitung« häufig ihr Geschlecht »verlieren« und zum Beispiel medial oder in Berichten und Ergebnissen oft zu misshandelten *Kindern* werden, ist dabei nicht nur ein (höchst fragwürdiges) Detail.

Die Altersgrenze für den Straftatbestand des sexuellen Missbrauchs liegt in Deutschland nach § 176 StGB bei 14 Jahren, danach greifen die Tatbestände der sexuellen Nötigung und der Vergewaltigung (§ 177 StGB). Die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) beim

Bundeskriminalamt weist zuletzt etwa 10% der angezeigten Missbrauchsfälle im Vorschulalter und 90% zwischen sechs und 14 Jahren aus. Dabei kommt wohl nur etwa jeder zwanzigste Missbrauch zur Anzeige, davon wiederum nur jeder fünfte Fall zur Verhandlung. Die Prävalenz des sexuellen Missbrauchs an Jungen ist allerdings ähnlich unklar wie Dunkelziffer, Aufdeckungsrate (50–70% erst im Erwachsenenalter oder nie) und Aufdeckungslatenz, der Zeit zwischen dem ersten Missbrauchserlebnis und der Aufdeckung [39]. So gibt es bei den Annahmen zum Jungenanteil erhebliche Unterschiede: Sie schwanken zwischen einem Zehntel (= ca. 30.000 pro Jahr) bis zu einem Drittel (= ca. 100.000 pro Jahr). Bis zum Jugendalter werden (zurückhaltend geschätzt) mindestens etwa 3% aller Jungen Opfer eines sexuellen Missbrauchs, wobei auf neun männliche Täter eine weibliche Täterin kommt. Dabei berichten Jungen zunehmend häufiger von einem Missbrauch durch Frauen. Täter und Täterinnen sind den Jungen weit überwiegend bekannt und kommen meist aus der Familie oder dem sozialen Umfeld (vgl. dazu auch Kapitel 5.1 und 5.3 in diesem Band).

Dass auch Jungen recht häufig von Missbrauch und sexualisierter Gewalt betroffen sind, sollte seit den jüngsten Skandalen und den Runden Tischen eigentlich als bekannt vorausgesetzt werden. Die gesellschaftliche, fachliche und politische Aufmerksamkeit hält damit allerdings nicht immer Schritt, was sich etwa an der Diskussion um die Dunkelziffer bei Jungen zeigt. Es spricht vieles dafür, dass kulturelle Verdeckungstraditionen (z. B. ein vorwiegend männliches/weibliches Täter-Opfer-Schema, die vermeintliche Unvereinbarkeit der Opferrolle mit Männlichkeit) die Wahrnehmung und Verfolgung von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Jungen schmälern, weshalb hier das Dunkelfeld stärker aufzudecken wäre. Dazu müssen insbesondere die Hilfesuche betroffener Jungen wahrgenommen sowie mehr und bessere Hilfsangebote gemacht werden [39]. Stärker herauszuarbeiten und gegebenenfalls therapeutisch zu begleiten wären dabei auch die Folgen einer Missbrauchserfahrung für die sexuelle Gesundheit von Jungen. Hier kann auf einen ersten guten Grundbestand einer Praxis der jungenbezogenen Prävention, Intervention und Hilfe [40] zurückgegriffen werden. Primäre Zielsetzung sollte es sein, Jungen insgesamt besser zu schützen und jungenspezifische Gefährdungen zu verringern.

### Institutionelle Rahmenbedingungen

Sozialisation und damit auch Sexualisation von Jungen findet immer in einem institutionellen Kontext statt [41]. Abgesehen von der Familie als Primärkontext betrifft dies, gerahmt von Politik, Öffentlichkeit und Medien, vor allem Eltern- und Familienbildung, Kindertageseinrichtungen und die Grundschule. Dazu gehört die jungenbezogene sexualpädagogische Ausbildung der Fachkräfte. Im Bereich der Eltern- und Familienbildung gibt es zwar einige Angebote zur kindlichen Sexualentwicklung – explizite Geschlechterdifferenzierung und Jungenbezüge sind aber eher marginal. Bei Elternabenden zeigt sich allerdings immer wieder, dass männliche Identitätsfindung gleichsam unter besonderer Beobachtung und Normalerwartung steht [42]. Nicht wenigen Eltern wird es zum Problem, wenn ihr Junge sich nicht jungentypisch, sondern mit eher »weiblichen« Präferenzen in Kleidung, Spiel und Gesellung entwickelt. Sie stellen dies in einen Zusammenhang mit der Frage der sexuellen Identität und Orientierung und wünschen sich eine Prognose – bis hin zur verdeckt geäußerten Befürchtung: »Ist denn bei meinem Sohn alles in Ordnung? Wird er vielleicht mal schwul?« Dem ist entgegenzuhalten, dass hier weder Prognosen noch Entwicklungserwartungen angezeigt sind. Darüber hinaus konfrontiert dies auch mit der latenten Abwertung von Homosexualität und verweist auf einen nach wie vor hohen Aufklärungsbedarf bei Jungen-Eltern.

Auch das Auftreten oder Ausbleiben von Erektionen im Kindesalter ist oft Anlass zur Sorge.

Neuere Themen sind der Umgang mit transidenten Kindern [43] und die Akzeptanz sexueller Vielfalt, was sich etwa an der kontroversen Debatte um die Bildungsplanreform 2016 in Baden-Württemberg zeigt. Dort wurde inzwischen eine Leitperspektive »Bildung für Toleranz und Akzeptanz von Vielfalt« formuliert. Eine aktuelle bundesweite Übersicht zu Richtlinien und Lehrplänen zur Sexualerziehung ist momentan leider nicht verfügbar. Ihre letzte Version zeigte – bei aller Unterschiedlichkeit in einzelnen Bundesländern – eine Tendenz zur Familien- und Fortpflanzungsorientierung, während Homosexualität, Selbstbefriedigung und der Lustaspekt als von geringerer Bedeutung eingeschätzt wurden [44, 45]. Gleichzeitig wurde ein Vorrang der Sachkompetenz vor sozialen, personalen und methodischen Kompetenzen identifiziert, was gewisse Zweifel daran erlaubt, ob sexuelle Bildung durchgängig als Handlungskompetenz betrachtet wird. Außerdem wird immer wieder auf eine Informationspflicht gegenüber Eltern rekurriert, hinter die das subjektive Recht auf sexuelle Information (s. o.) zurückzutreten scheint. Geschlechterdifferenzierung und Jungenbezüge in den Bildungsplänen für Kindertageseinrichtungen und Grundschulen wären ein lohnender eigener Untersuchungsgegenstand.

### *Kindergarten/Kindertageseinrichtungen*

Mit dem Eintritt in die Kita beginnen »sexualpädagogische Herausforderungen« [46] – mehr als im familiären Rahmen finden Jungen hier sexuelle Entwicklungsanregungen durch Gleichaltrige und Ältere: Die Fachkräfte müssen mit Phänomenen wie Selbstbefriedigung, gemeinsamen Körpererkundungen (Doktorspiele), sexuellen Rollenspielen, Fragen zu Sexualität usw. kompetent umgehen. Obwohl geschlechterbezogene Faktoren für Bildungsprozesse im Kindergartenalter eine zentrale Bedeutung haben [47], ist dies fachlich-konzeptionell meist wenig ausgearbeitet. Positive Jungenbezüge etwa im Gesundheitskontext sind selten [48]. Umgekehrt fallen sexuelle Lebensäußerungen kleiner Jungen eher auf und werden problematisiert [21], ohne dass Kompetenzen in der sexualpädagogischen Arbeit mit ihnen entfaltet sind. Wie insgesamt in der Kinder- und Jugendhilfe ist der Umgang mit Sexualität meist auch in der Kita eher passiv-abwartend, problemorientiert und reaktiv, situativ und implizit (d. h. nicht regelmäßig oder konzeptionell verankert) sowie wenig geschlechterbezogen [49]. Unklar ist oft die Abgrenzung zwischen »normalem« und »sexuell auffälligem« Verhalten, wodurch die sexuelle Neugier und Aktivität von Jungen in Verdacht gerät, die als sexuelles Problemverhalten gedeutet wird und zu professioneller Hilflosigkeit führt. Angebote im Fortbildungsbereich sind zunehmend präventiv und von Kontrollerwartungen motiviert. Sie thematisieren Grenzen, Missbrauch, Gewalt, sexuell grenzverletzendes Verhalten (zwischen Kindern), wobei die Balance im Sinn einer grundsätzlich sexualfreundlichen Haltung nicht immer leicht ist. In der Praxis wird eher an Schutzkonzepten als an umfassenden sexualpädagogischen Konzepten gearbeitet: Kinder sollen vor allem geschützt, gestärkt und begleitet werden [50]. Vor diesem Hintergrund wäre eine aktuelle geschlechterdifferenzierende Untersuchung kindlicher Sexualität im Kita-Kontext besonders wünschenswert.

### *Grundschule*

In Bezug auf Entwicklungsthemen im Grundschulalter wird die Sexualentwicklung kaum thematisiert [51], obwohl die Annahme einer psychosexuellen Latenzphase durchaus fragwürdig ist. Dazu kommt, dass sexuelle Interessen und Aktivitäten mit zunehmendem Alter teils nur verdeckter ausgelebt werden. Im Vordergrund schulischer Sexualaufklärung stehen Fruchtbarkeit, Fortpflanzung, Schwan-

gerschaft und Geburt, weniger Sexualität »an sich« oder eine Vorbereitung auf die pubertäre Entwicklung. Jungen interessieren sich aber vor allem für ihre eigene Geschlechtlichkeit wie ebenso für die von anderen Jungen und Mädchen: Sie beobachten Geschlechterunterschiede und die Art und Weise, wie ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Sexualität umgehen; sie sehen sich mit zunehmender Medialisierung und medialer Sexualität konfrontiert – und sie registrieren, wie Lehrkräfte ihnen mit diesem Thema begegnen, was sie dazu zu sagen und zu vermitteln haben. Dabei wird schulische Aufklärung von vielen Jungen eher negativ bewertet – was Lehrkräfte häufig mit Schamphänomenen begründen, was aber auch mit den einseitigen thematischen Zugängen und der fehlenden Möglichkeit zu Selbstbezügen erklärt werden könnte. Obwohl Jungen ein großes Interesse an sexuellen Themen mitbringen, gelingt es zu wenig, dieses positiv aufzugreifen und produktiv zu bearbeiten [52]. Schulische Sexualaufklärung darf sich deshalb bei Jungen nicht von vorhandenen Kenntnissen, eigenen Erfahrungen und der anstehenden Entwicklung abkoppeln – und sich darauf beschränken, vor unrealistischen Erwartungen, Leistungsdruck und Sex als Konsumgut präventiv zu warnen.

*Medien der Sexualaufklärung*

Für Jungen wie für Eltern oder Fachkräfte gibt es mit wenigen Ausnahmen [53] wenig einschlägiges Material zum Thema »Sexuelle Gesundheit von Jungen im Kindesalter«. In dieser Altersspanne ist ein geschlechtsübergreifender Ansatz vorherrschend. Dazu kommt, dass sich das Thema unter vielen Oberthemen verbirgt und meist nicht explizit benannt oder positiv (Gesundheit!) hervorgehoben wird. Bei einer Stichwortsuche auf den Seiten der BZgA (Jungen, Sexualität, Gesundheit) finden sich so vor allem Treffer zu Missbrauch und Prävention. Allerdings ist die informative, empfehlenswerte BZgA-Broschüre »Wie geht's – wie steht's« [54] mit einer Auflage von inzwischen über 2,5 Millionen vermutlich das Top-Medium jungenbezogener Sexualaufklärung. Laut Untertitel bietet sie »Wissenswertes für männliche Jugendliche und junge Männer«. Ähnlich adressiert ist etwa – neben einigen anderen – die pro-familia-Broschüre »Untenrum gesund!« [55], mit allerdings nochmals deutlicherem Fokus auf die »urogenitale Gesundheitsvorsorge«. Auch auf dem Buchmarkt gibt es eine ganze Reihe von Jungenratgebern (für Jungen wie für Eltern), die im Kontext der pubertären Entwicklung ansetzen – mit Titeln wie »Das Jungenfragebuch« oder »Alles, was Jungen wissen wollen«. Aufklärungsmedien für die Zeit vor der Pubertät beziehen sich dagegen ganz überwiegend auf Jungen und Mädchen als Kinder. Mit ganz wenigen Ausnahmen – zwei sollen im Folgenden herausgehoben werden – setzen sie nicht jungenspezifisch an (vgl. auch den aktuellen Leitfaden »Offen gestanden – Das männliche Genitale« des BVKJs für Ärztinnen und Ärzte,[59]).

**»Mann, oh Mann :-(**
**Das geht unter die Gürtellinie!«**

Diese schmale zwölfseitige Broschüre, herausgegeben vom bvkj – Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte [56], bietet »Informationen für Jungen und ihre Eltern, um die Intaktheit des Penis zu bewahren und Krankheiten vorzubeugen.« Sie erklärt in einfacher Sprache Aufbau, Funktion und Gesundheit des Penis (etwas überspitzt als »wichtigstes männliches Identifikationsmerkmal« charakterisiert) und schneidet dabei eher indirekt auch die Diskussion um die Beschneidung an, indem sie die Schutz- und sexuelle Funktion der Vorhaut thematisiert. In Bezug auf Vorhautverengung und -verklebung unterscheidet sie die ubiquitäre natürliche bzw. physiologische Phimose, die keiner Behandlung bedarf, von der pathologischen Phimose,

die, wenn medizinische Probleme auftreten bzw. spätestens in der Pubertät zu behandeln ist, um Urinieren, Hygiene und Sexualität komplikationslos zu ermöglichen. Betont wird, dass die Vorhaut kein überflüssiger Körperteil ist, weshalb eine Beschneidung aus medizinischen Gründen als Behandlungsmethode immer nur ultima ratio bleiben sollte.

**Jungen und Sexualität. Von der Geburt bis zur Pubertät**

Dieses mit acht Seiten ebenfalls knappe Faltblatt, herausgegeben von der ajs – Aktion Jugendschutz Baden-Württemberg [57], wendet sich in erster Linie an Eltern, aber auch Fachkräfte finden hier eine kompakte erste Information und Grundorientierung. Der Inhalt des Faltblatts folgt dem Entwicklungsgang vom Säuglings- und Kleinkindalter über das Kindergarten- und Grundschulalter bis zur Pubertät. Skizziert werden psychosexuelle Entwicklungsaufgaben, normales bzw. »typisches« Jungenverhalten sowie pädagogische Haltungen für einen guten Umgang mit Jungensexualität. Nicht ausgespart werden dabei genitales Interesse, Selbstbefriedigung und gleichgeschlechtliche sexuelle Begegnungen wie auch Doktorspiele, provokative Sexualisierungen und sexuelle Norm- und Moralverstöße.

## Empfehlungen und Schlussfolgerungen

### *Empfehlungen für die Gesundheitspolitik*

Die sexuelle Gesundheit von Jungen bis zur Pubertät hat viele Facetten, die bislang kaum systematisch erfasst wurden, weil in diesem Alter die kindliche Sexualentwicklung allgemein im Vordergrund steht. Eine Perspektive auf die sexuelle Gesundheit im Sinn der WHO-Definition ist in diesem Zusammenhang noch wenig etabliert. Außerdem liegen repräsentative jungenspezifische Daten zur sexuellen Entwicklung nur in geringem Umfang und zumeist mit einem veralteten Informationsstand vor, sodass kein wirklich umfassendes aktuelles Bild gezeichnet werden kann. Das politische und das Forschungsinteresse konzentriert sich jeweils auf das Jugendalter und zunehmend auf präventive Kontexte. So ist es wenig erstaunlich, dass kaum geeignete themenspezifische Medien für Jungen selbst, für Eltern oder für Fachkräfte vorliegen. Diese müssten Jungenbezüge explizieren und einen spezifischen Informations- und Aufklärungsbedarf abdecken. Modelle guter Praxis konnten nicht ermittelt werden, weil der institutionelle Ansatz in Elternbildung, Kindertageseinrichtung und Schule in der Regel geschlechterübergreifend ist und dabei nur wenig Material bezüglich quantitativer und qualitativer Geschlechterdifferenzierung geboten wird.

### *Empfehlungen für die Sexualforschung*

Es wäre wünschenswert, die wissenschaftliche Basis zur sexuellen Entwicklung von Jungen (und Mädchen) zu aktualisieren und zu verbreitern, wobei ein interdisziplinärer – medizinischer, sexualwissenschaftlicher, entwicklungspsychologischer und erziehungswissenschaftlicher – Ansatz verfolgt werden sollte. Von dort aus ergeben sich Umsetzungsmöglichkeiten im Bereich der Neugestaltung von Aufklärungsmedien, außerdem Ansatzpunkte für Information, Bildung und Aufklärung vor allem im Bereich der Eltern- und Familienbildung sowie bei der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften.

### *Schlussfolgerungen*

Es kann davon ausgegangen werden, dass die jungen- und geschlechterbezogene Handlungskompetenz noch entwicklungsfähig ist. Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung, die sexuelle Gesundheit im Jungenal-

ter aufgreifen, könnten durchaus geschlechterübergreifend angelegt werden – sie müssten aber dem Qualitätsanspruch einer Geschlechterdifferenzierung substanziell und nicht nur nominell genügen. Das Thema der Vorhautbeschneidung von Jungen sollte nicht als abgeschlossen gelten, sondern weiter im offenen Diskurs gehalten werden. Die Gewaltbetroffenheit von Jungen allgemein wie insbesondere bei sexuellem Missbrauch und sexualisierter Gewalt bedarf nachhaltiger Aufmerksamkeit und verstärkter präventiver Bemühungen. Nicht nur hierbei wäre immer wieder Bezug darauf zu nehmen, was die sexuelle Gesundheit von Jungen im positiven Sinn auszeichnet.

## Literatur


1 Quindeau I, Brumlik M (Hrsg.). Kindliche Sexualität. Weinheim: BeltzJuventa; 2012.
2 Matthiesen S. Jungensexualität. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2012:254–266.
3 Rohrmann T. Zur Entwicklung männlicher Sexualität. Von der Geburt bis zum »ersten Mal«. In: Karatepe H, Stahl C (Hrsg.), Männersexualität. Reinbek: Rowohlt; 1993.
4 Rohrmann T. Junge, Junge – Mann, o Mann. Die Entwicklung zur Männlichkeit. Reinbek: Rowohlt; 1994.
5 Winter R, Neubauer G. Kompetent, Authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen. Köln: BZgA; 1998.
6 Neubauer, G; Winter R. (2010): Jungengesundheit in Deutschland. Themen, Praxis, Probleme. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg.), Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. München: Zuckschwerdt; 2010:30–70.
7 Neubauer, Gunter; Winter, Reinhard (2013): Sorglos oder unversorgt? Zur psychischen Gesundheit von Jungen. In: Weissbach L, Stiehler M (Hrsg.), Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Huber; 2013:103–140.
8 WHO-Regionalbüro für Europa (Hrsg.). Definition »Sexuelle Gesundheit« 2011 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition.
9 BZgA (Hrsg.) Definitionen von sexueller und reproduktiver Gesundheit. [zitiert am 12.07.2016]. http://www.bzga-whocc.de/?uid=949b1b22b43c30c11b95cc5ca265b743&id=Seite4002.
10 Neubauer, G. »Sexuelles Lernen«, »Sexuelle Bildung« oder »Sexuelle Kompetenz« – was wie ankommt, entscheiden immer noch Kinder und Jugendliche selbst. ajs-Informationen. 2014;1:4–10.
11 BZgA (Hrsg.) Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Schwerpunkt Migration. Köln: 2010.
12 BZgA (Hrsg.) Sexualität und Migration. Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher. Köln: 2010.
13 Holterhus PM. Störungen der Geschlechtsentwicklung. In Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013:66–73.
14 Stier B, Schmittenbecher P. Jungenspezifische Krankheitsbilder. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013:74–110.
15 Hopf H, Die Psychoanalyse des Jungen. Stuttgart; Klett-Cotta; 2014.
16 Philipps IM. Wie sexuell ist kindliche Sexualität?. http://www.isp-dortmund.de/vortrag_Philipps_-_Kindliche_Sexualitat.pdf.
17 Schmauch U. Probleme der männlichen sexuellen Entwicklung. In: Sigusch V (Hrsg.), Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme; 2006:36–42.
18 Schuhrke B. Kindliche Körperscham und familiale Schamregeln. Ausgewählte Ergebnisse einer Interviewstudie. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 1998;2:9–13 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=358.
19 Schuhrke B. Kindliche Körperscham und familiale Schamregeln [Studie]. Köln: BZgA; 2003 [zitiert am 12.07.2016]. https://publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=349.
20 Neubauer G, Göger B. Körper. In: Ehlert G, Funk H, Stecklina G (Hrsg.), Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Weinheim und München: Juventa; 2011:239–244.
21 Neubauer G. „Sex« im Kinderhaus: Auch kleine Jungen tun's. In: Winter R (Hrsg.), Stehversuche. Tübingen: Neuling; 1993:39–53.
22 Volbert R. Sexualwissen von 2–6jährigen Kindern. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 1998;2:5–8 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=357.

23 Volbert R. Sexualwissen von Kindern. In: BZgA (Hrsg.), Wissenschaftliche Grundlagen – Teil 1 »Kinder«, Köln: BZgA; 1999:139–174.
24 Leitzgen AM. Aufklärung aus Kindersicht. Eine Befragung 6- bis 12-jähriger Kinder zu Sexualwissen und Körpergefühl. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 2009;3:42–46 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1248.
25 Millhoffer P Selbstwahrnehmung, Sexualwissen und Körpergefühl 8–14jähriger Mädchen und Jungen. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 1998;2:14–18 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=359.
26 Millhoffer P. Wie sie sich fühlen, was sie sich wünschen – eine empirische Studie über Mädchen und Jungen auf dem Weg in die Pubertät. Weinheim: Juventa; 2000.
27 Kahl H, Schaffrath Rosario A, Schlaud, M. Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch –Gesundheitsschutz.2007;50:677–685 [zitiert am 12.7.2016]. DOI 10.1007/s00103-007-0229-3.
28 Kahl H, Schaffrath Rosario A. Pubertät im Wandel – wohin geht der Trend? Sexuelle Reifeentwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 2007;3:21.
29 Barabas F. Jugendrecht und Sexualerziehung. In: Schmidt RB, Sielert U. Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim: Juventa; 2013.
30 Neubauer G. Sexuelle Gesundheit von Jungen. Auswertung von explorativen Experteninterviews [Manuskript]. Tübingen: 2016.
31 Kolip P. Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Opladen: Leske und Budrich;1997.
32 Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50:836–850.
33 Stehr M, Putzke H, Dietz HG. Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Jungen – Strafrechtliche Konsequenzen auch bei religiöser Begründung. Dtsch Arztebl. 2008;105(34–35):A 1778–80 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.aerzteblatt.de/archiv/61273.
34 Çetin Z, Voß HJ. Interventionen gegen die deutsche Beschneidungsdebatte. Münster: edition assemblage; 2012.
35 Franz M (Hrsg.). Die Beschneidung von Jungen: Ein trauriges Vermächtnis. Göttingen: V&R; 2014.
36 Jacobs A. Argumente der Beschneidungsdebatte. Analysen und Argumente In: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Berlin; 2012:107 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.kas.de/wf/doc/kas_31896-544-1-30.pdf?120822161630.
37 forsa. Gewalt in der Erziehung (Eltern). Tabellenband. Berlin: 2011.
38 Bange D. Sexueller Missbrauch an Jungen: Die Mauer des Schweigens. Bern: Hogrefe; 2007.
39 Mosser P: Wege Aus Dem Dunkelfeld: Aufdeckung und Hilfesuche bei sexuellem Missbrauch an Jungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012.
40 Mosser P, Lenz HJ (Hrsg.). Sexualisierte Gewalt gegen Jungen: Prävention und Intervention: Ein Handbuch für die Praxis. Wiesbaden; Springer VS; 2013.
41 Böhnisch L. Männliche Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim: BeltzJuventa; 2013.
42 Rohrmann T, Thoma P. Jungen in Kindertagesstätten. Ein Handbuch zur geschlechtsbezogenen Pädagogik. Freiburg i.Br.: Lambertus; 1998.
43 Brill S, Pepper R. Wenn Kinder anders fühlen. Identität im anderen Geschlecht: Ein Ratgeber für Eltern. München: Reinhardt; 2011.
44 Hilgers A. Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung. Eine Analyse der Inhalte, Normen, Werte und Methoden zur Sexualaufklärung in den sechzehn Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BZgA; 2004 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.dgg-ev-bonn.de/conpresso/_data/BZgA_KMK2004.pdf.
45 Hilgers A. Sexualerziehung in der Grundschule. Inhalte, Werte und Normen in den Richtlinien und Lehrplänen der 16 Bundesländer. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 2009;3: 18–21 [zitiert am 12.7.2016]. http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1250.
46 Wanzeck-Sielert C. Psychosexuelle Entwicklung des Kindes und sexualpädagogische Herausforderungen. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 2003;4: 6–11 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=459.
47 Rohrmann T, Wanzeck-Sielert, C. Jungen und Mädchen in der KiTa. Körper, Gender, Sexualität. Stuttgart: Kohlhammer; 2014.
48 Neubauer G. Mit oder ohne Geschlecht? Jungenbezogene Gesundheitsbildung und -erziehung in Kindertageseinrichtungen. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013:281–288.
49 Winter R. Sexualpädagogik in der Jugendhilfe. In: Schmidt RB, Sielert U. Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim: Juventa; 2013.
50 Maywald J. Sexualpädagogik in der Kita: Kinder schützen, stärken, begleiten. Freiburg: Herder; 2013.
51 Zach U. Entwicklungsthemen in der mittleren Kindheit. Forum Sexualaufklärung und Familien-

planung. 2009; 3: 3–7 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1249.

52 Winter R Jungen – Schule – sexuelle Bildung. Jungen in der schulischen Sexualerziehung. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 2008;1: 13–17 [zitiert am 12.07.2016] http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1092.

53 Klein C, Schatz G (Hrsg.). Jungenarbeit präventiv! Vorbeugung von sexueller Gewalt an Jungen und von Jungen. München: Reinhardt: 2010

54 Neutzling R. Wie geht's – wie steht's? Wissenswertes für männliche Jugendliche und junge Männer. Köln: BZgA; 2002.

55 Gnielka M. Untenrum gesund! Urogenitale Gesundheitsvorsorge für Jungen und Männer. Eine Informationsbroschüre mit Hinweisen zur Präventionsarbeit. pro familia Landesverband NRW (Hrsg.). Wuppertal: 2008 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/untenrum_gesund.pdf.

56 Stier B, Lichtenheldt M. »Mann, oh Mann« Das geht unter die Gürtellinie! Informationen für Jungen und ihre Eltern, um die Intaktheit des Penis zu bewahren und Krankheiten vorzubeugen. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (Hrsg.). Köln: o. J. [zitiert am 12.07.2016]. http://www.kinderaerzte-im-netz.de/fileadmin/pdf/Broschueren_Dr._B._Stier/Bvkj-com-0161_Vorhautbrosch.pdf.

57 Heim A. Jungen und Sexualität. Von der Geburt bis zur Pubertät. ajs – Aktion Jugendschutz Baden-Württemberg (Hrsg.). ajs-Kompaktwissen. Stuttgart: ajs; 2014.

58 DAKJ – Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Kommission für ethische Fragen (2016). Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen. http://dakj.de/wp-content/uploads/2016/12/2016-dakj-beschneidung-jungen.pdf (13.02.2107).

59 BVKJ – Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (2016). Das männliche Genitale. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte für die (Vorsorge-)Untersuchung und Beratung von Eltern und Patienten. https://www.kinderaerzte-im-netz.de/fileadmin/pdf/Broschueren_Dr._B._Stier/160318_Das_maennliche_Genitale.pdf (17.02.2107).

# 2.3 Beschneidung bei Jungen

*Heinz-Jürgen Voß*

**Zusammenfassung**
Im Jahr 2012 sorgte die »deutsche Beschneidungsdebatte« für größere Aufmerksamkeit. Thematisiert wurden insbesondere Fragen der körperlichen Unversehrtheit von Jungen im Verhältnis zur Religionsfreiheit. Im internationalen Raum gab es Befürchtungen, dass zukünftig die Ausübung der beiden Weltreligionen Judentum und Islam in Deutschland nicht mehr möglich sein könnte. Im Beitrag wird die Debatte kurz umrissen und dabei in erster Linie auf die Stellungnahmen deutscher medizinischer Fachgesellschaften fokussiert. Im Anschluss daran werden die medizinischen Erkenntnisse zur Vorhautbeschneidung überblicksartig vorgestellt und Empfehlungen gegeben.

**Summary: Circumcision of boys**
In 2012, the German Debate on Circumcision was raising major attention. Key topic was the dilemma between physical integrity and religious freedom. There was international concern that, in the future, it might not be possible anymore to practice the two world religions of Judaism and Islam in Germany. This article gives a brief outline of the debate, focusing on the statements of German scientific medical societies, followed by an overview of medical findings in regard to circumcision and some concluding recommendations.

## Einleitung und historischer Hintergrund

Ein Urteil des Landgerichts Köln vom 7. Mai 2012 stellte die Beschneidung von minderjährigen Jungen aus religiösen Motiven für kurze Zeit grundlegend infrage. Der Bundestag verabschiedete mit einer insgesamt breiten Mehrheit von Abgeordneten aus allen Fraktionen ein vom Justizministerium vorgelegtes Gesetz (»Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes«, [1]), das dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und dem auf Religionsfreiheit gleichermaßen Rechnung trägt. Die entsprechende Gesetzespassage, die am 20. Dezember 2012 beschlossen wurde und am 28. Dezember 2012 in Kraft trat, lautet:

> »§ 1631d: Beschneidung des männlichen Kindes
> (1) Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.
> (2) In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind« [1].

Vor dieser ruhigen und sachlichen Entscheidung gab es eine impulsive Debatte. Ihr zugrunde lag das Ereignis, dass eine Mutter mit ihrem Vierjährigen in einer Klinik Hilfe suchte [2]. Das Kind war zuvor von einem niedergelassenen Arzt beschnitten worden und zeigte Nachblutungen. Diese wurden medizinisch behandelt. Dem Arzt wurde in einem sich anschließenden Verfahren ein »Kunstfehler« zur Last gelegt. Er wurde erstinstanzlich freigesprochen und das Gericht stellte fest: »Der Junge wurde korrekt und unter Betäubung beschnitten. […] Der Eingriff sei kein Verstoß gegen das Kindeswohl. Die Eltern hätten im Hinblick auf Religionsfreiheit und Erziehungsrecht wirksam eingewilligt« [2]. Die Kölner Oberstaatsanwältin ging daraufhin in die gerichtlich höhere Instanz – zum Kölner Landgericht. Dieses urteilte, dass der Arzt nicht dem Kindeswohl entsprechend gehandelt habe. Da ihm dies während des Eingriffs aber nicht klar gewesen sei (»Verbotsirrtum«), sprach ihn das Gericht von »seiner Schuld« frei. Mit einem Landgerichtsurteil war in Bezug auf die Vorhautbeschneidung jedoch keine Rechtssicherheit mehr gewährleistet (ein anderes Landgericht hätte anders entscheiden können) – sie wurde erst mit dem Bundestagsbeschluss Ende des Jahres 2012 wiederhergestellt.

Gegenüber den Urteilen verzögert, setzte die gesellschaftliche Debatte ein [2, 3]. Die Diskussion ist bereits für sich betrachtet sehr interessant – es sei hierzu insbesondere auf den Beitrag »Fortsetzung einer ›Zivilisierungsmission‹: Zur deutschen Beschneidungsdebatte« von Zülfukar Çetin und Salih Alexander Wolter [3] sowie auf den Band *Beschneidung: Das Zeichen des Bundes in der Kritik – zur Debatte um das Kölner Urteil,* herausgegeben von Johannes Heil und Stephan J. Kramer [4], verwiesen. Im Folgenden wird die medizinische Diskussion fokussiert und die Bertachtung nur insoweit für den gesamtgesellschaftlichen Diskurs geöffnet, als Fragen der Marginalisierung von Bevölkerungsgruppen auch medizinisch Auswirkungen zeigen.

## Medizinische Stimmen in der Debatte

Wichtige medizinische Instanzen und Fachgesellschaften zeigten sich von dem Urteil des Kölner Landgerichts erschüttert. Der Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery bewertete es als »für die Ärzte unbefriedigend und für die betroffenen Kinder sogar gefährlich« [63]. Der Bundesverband der deutschen Urologen und die Deutsche Gesellschaft für Urologie erklärten mit ähnlicher Sichtweise wie Montgomery und unter Verweis auf die begrenzte Reichweite des Kölner Urteils:

> »Es handelt sich hier um eine sogenannte Güterabwägung, wobei das Gericht in der Urteilsbegründung selbst einräumt, dass auch die gegenteilige Auffassung vertretbar sei. Ein Gericht in München oder Hamburg könnte denselben Sachverhalt also durchaus anders bewerten. […] Endgültige Rechtssicherheit können nur ein höchstrichterliches Urteil oder der Gesetzgeber herbeiführen. […] Bei der Diskussion darüber, ob zukünftig rituelle Beschneidungen durch Ärzte rechtssicher durchgeführt werden können, sollte auch der Aspekt berücksichtigt werden, dass man rituelle Beschneidungen durch Gerichtsurteile in Deutschland nicht einfach abschaffen kann. Damit besteht die konkrete Gefahr, dass rituelle Beschneidungen vermehrt von medizinischen Laien durchgeführt werden« [5].

Von diesen medizinischen Gesellschaften wurde die daraufhin von den Parlamentarier_innen gefundene Lösung explizit begrüßt, da sie wieder Rechtssicherheit für die Mediziner_innen schaffe [6].

Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie verwies auf die Möglichkeit, dass auch mit der Vorhautbeschneidung traumatisierende Erfahrungen verbunden sein könnten, wobei es allerdings schwierig sei, ein

singuläres Ereignis für Traumatisierungen verantwortlich zu machen. Deutlich warnte die Gesellschaft aber auch vor den traumatisierenden Auswirkungen, die mit der »Missachtung [von] kulturellen und religiösen Identität[en]« [7] oder auch mit »Migrationsschicksalen« verbunden sein könnten – und regte zu einer toleranten gesellschaftlichen Aushandlung an:

> »Im Sinne kumulativer Traumatisierungen wirken solche Umweltbedingungen leise und nachhaltig. Ein Eingriff in zentrale Elemente religiöser Identität kann von vielen Familien durchaus als Labilisierung, Verunsicherung und Missachtung in einem wesentlichen Kernpunkt ihres Lebens empfunden werden – mit ebenfalls gravierenden psychischen Folgen für die Kinder. In diesem Kontext gilt es daher, aus fachlichen Gründen sorgfältig zwischen verschiedenen möglichen psychischen Gefährdungen zu unterscheiden und nicht vorschnell ein singuläres, potentiell traumatisches Ereignis in den Vordergrund zu stellen. Der derzeitige Stand der Diskussion ist unseres Erachtens noch zu sehr davon geprägt, dass um den Vorrang jeweils einer Perspektive gerungen wird. Ein Reflexionsraum über die Bedeutung religiöser Zugehörigkeit unter Berücksichtigung der sozialpsychologischen und historischen Bedingungen jüdischen und muslimischen Lebens in Deutschland kann dabei nicht entstehen« [7].

Einzig Organisationen wie die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie und in ihrem Nachgang die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin befürworteten das Kölner Urteil. Auch hier ist ein diskurstheoretischer Einblick spannend [vgl. 2, 3]. So ist es relevant, dass die Einschätzungen Maximilian Stehrs, des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, in dieser Frage nicht in der wissenschaftlichen Gründlichkeit und Differenziertheit verfasst sind wie bei den zuvor genannten Gesellschaften und dem Präsidenten der Bundesärztekammer. Ein Artikel, auf den für die medizinische Expertise in der Debatte stetig verwiesen wurde, ist der Beitrag »Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Jungen: strafrechtliche Konsequenzen auch bei religiöser Begründung« [8], verfasst von Maximilian Stehr, Holm Putzke und Hans-Georg Dietz, wobei der Strafrechtler Putzke als Kontaktperson angeführt ist. Interessant ist der dort diskutierte Sachstand: In medizinischen Fachdatenbanken indizierte Beiträge zur Vorhautbeschneidung werden in dem Aufsatz fast gar nicht rezipiert [9].

Der deutsche medizinische Debattenstand geht aus einem Dossier des *Deutschen Ärzteblattes* hervor, in dem im Jahr 2012 verschiedene Mediziner_innen zu Wort kamen. Auch hier gingen einzig die Autoren Maximilian Stehr, Holm Putzke und Hans-Georg Dietz, die eine gemeinsame Position darlegten, über die religiöse Bedeutung der Vorhautbeschneidung einfach hinweg. Sie verwiesen erneut zentral auf ihren Beitrag im *Deutschen Ärzteblatt* 2008 [8]. Alle anderen befragten Mediziner_innen gelangten zu einer differenzierten Position. So kam etwa Hans-Peter Bruch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, auf Grundlage der medizinischen Datenbasis zu folgendem Urteil:

> »Aus großen statistischen Erhebungen unserer Tage geht hervor, dass durch die Beschneidung das Risiko an Aids zu erkranken, erheblich gesenkt wird und die Beschneidung auch eine Prophylaxe für die Übertragung von HPV (human papilloma virus) ist, welcher den Gebärmutterhalskrebs auslöst. Darüber hinaus wird natürlich auch die Übertragung von Darmkeimen, Pilzen und anderen Viren durch die Beschneidung eingeschränkt. […] Die Diskussion sollte daher vor allen Dingen freigehalten werden von Vorurteilen und emotionaler Überlagerung. Aus Sicht des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen muss sichergestellt werden, dass eine Beschneidung durch dafür exzellent ausgebildete Chirurgen in optimaler Operationsumgebung schmerzfrei durchgeführt wird. Der Gesetzgeber muss nach Auffas-

> sung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) dafür Sorge tragen, dass Rechtssicherheit hergestellt wird und Muslime und Juden nicht gezwungen sind, ihren religiösen Gesetze folgend ins Ausland reisen zu müssen, wo die Beschneidung möglicherweise unter Umständen stattfindet, die mit den Grundsätzen der Patientensicherheit und der modernen Asepsis nicht übereinstimmen« [10].

Die Professoren an den Urologischen Kliniken Berlin und Rostock, Ahmed Magheli und Oliver Hakenberg, erklärten mit ähnlicher Lesart der medizinischen Daten im gleichen Dossier:

> »Da es für in Europa lebende Kinder keine guten medizinischen Gründe für eine Zirkumzision gibt, andererseits aber auch keine medizinisch relevanten Bedenken gegen eine Zirkumzision bestehen, muss diese Diskussion auf anderer Ebene geführt werden. […] Daher ist es notwendig, dass die Abwägung der hier berührten Grundrechte durch den Gesetzgeber geregelt wird oder eine Ausnahmeregelung für die rituelle Zirkumzision definiert wird. Wenn man die zum Teil sehr hitzige Diskussion dieses Themas in den Medien verfolgt – die geradezu zum Kulturkampf geworden ist –, dann verläuft die Grenze ziemlich deutlich zwischen eher religiösen Befürwortern einer Tolerierung der rituellen Zirkumzision und eher areligiösen Gegnern einer solchen Tolerierung. Völlig abwegig ist jedoch der Vergleich der Zirkumzision, die im Kindesalter keine funktionellen Auswirkungen hat, mit der erheblichen Genitalverstümmelung von Mädchen durch ›Beschneidung‹, d. h. Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen« [11].

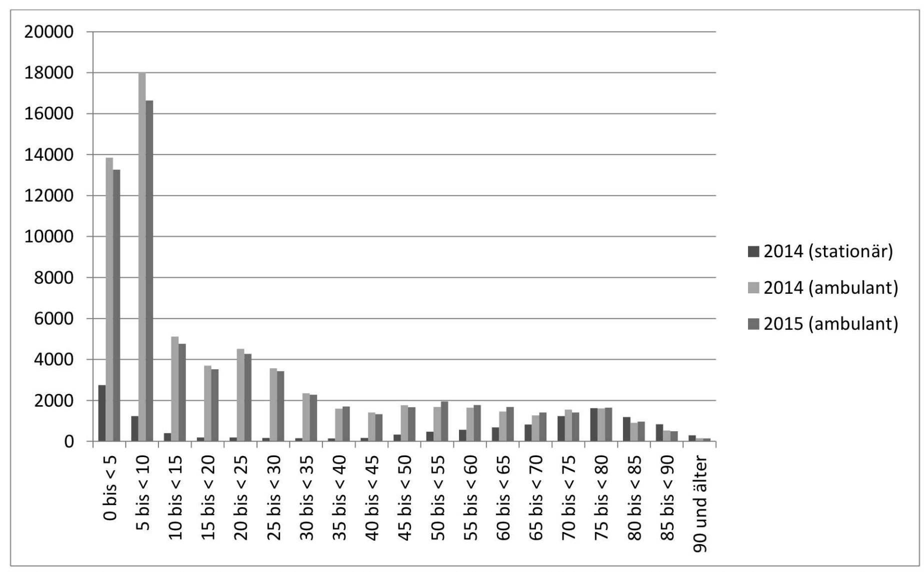
Anders als bei Fragen zur medizinischen Behandlungspraxis bei Intersexualität gibt es in Bezug auf die Beschneidung bei Jungen kein langjähriges Streiten von Selbstorganisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Erst ab Juli 2012 – also infolge der medialen Debatte – kamen entsprechende Online-Foren auf. Ihre Betreiber rekrutieren sich interessanterweise nicht aus Selbstorganisationen, etwa von agnostischen oder atheistischen Männern aus jüdischem oder muslimischem Elternhaus, die gegebenenfalls mit der erfahrenen eigenen Beschneidung ein Problem formulieren würden [12–14].

## Zahl der in Deutschland stattfindenden Zirkumzisionen

Für diese Publikation wurden die Daten für die Zirkumzisionen eingeholt, die in den Jahren 2014 und 2015 in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt und statistisch erfasst wurden. Dabei konnte für die stationären Eingriffe auf die Daten des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen werden. Zu den ambulanten Zirkumzisionen – sie stellen den Regelfall dar – hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Auskunft erteilt. Beiden Einrichtungen und der Stiftung Männergesundheit danke ich für die Bereitstellung der Daten.

Die Angaben sind dabei notwendig unvollständig, da statistisch lediglich die stationär stattfindenden Zirkumzisionen vollständig erfasst werden: Von den ambulanten Eingriffen werden lediglich diejenigen statistisch berücksichtigt, die von den *Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)* im Rahmen des gesetzlich festgelegten Leistungsumfangs finanziert werden. Das bedeutet, dass Vorhautbeschneidungen, die von den privaten Kassen bezahlt werden, und solche, die nicht medizinisch indiziert sind, *nicht* in die Statistik eingehen. Die Vorhautbeschneidung aus nicht-medizinischen religiösen Gründen wird nicht von den Gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen, sondern muss von den GKV-Versicherten selbst bezahlt werden. Selbst zu zahlende Zirkumzisionen unterliegen der Gebührenordnung für Ärzte, sind aber nicht meldepflichtig.

Die folgende Abbildung 1 gibt einen Überblick über die statistisch erfassten Zirkumzisionen. 66.717 Zirkumzisionen fanden 2014,




Für die stationären Eingriffe ist der OPS-Code 5-640.2 (Zirkumzision) für das Jahr 2014 erfasst. Bei den ambulant durchgeführten Eingriffen liegen den Angaben die beiden OPS-Codes 5-640.2 (Zirkumzision) und 5-640.3 (Frenulum- und Präputiumplastik) zu Grunde. Die Angaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) beziehen sich auf die Jahre 2014 und 2015.

*Abb. 1: Darstellung der Zahl der Zirkumzisionen nach Lebensalter. Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2014. Abrechnungsstatistik der KBV, Tabelle vom 27.7.2011.*

medizinisch indiziert und von den GKV bezahlt, ambulant statt (2015: 64.346). Die stationären Vorhautbeschneidungen beliefen sich im Jahr 2014 auf 13.477 – diese Zahl umfasst *alle* stationär durchgeführten Zirkumzisionen. 47,8% der ambulanten Eingriffe erfolgten 2014 im Lebensalter von unter zehn Jahren, 2015 waren es 46,5%. Von den stationären Eingriffen erfolgten 29,6% bis zum Lebensalter von unter zehn Jahren. Ein Anstieg der absoluten Zahlen stationärer Vorhautbeschneidungen zeigt sich statistisch ab dem 45. Lebensjahr.

Im Jahresvergleich haben die von den GKV bezahlten ambulanten Zirkumzisionen insgesamt leicht abgenommen. Dabei zeigt sich in den jüngeren Altersgruppen eine leichte Abnahme von 4,3% für die Altersgruppe 0 bis 5 Jahre, eine Abnahme von 7,7% für die Gruppe 5 bis 10 Jahre und eine Abnahme von 7,1% für die Gruppe 10 bis 15 Jahre. In den folgenden Altersgruppen (20 bis 25 Jahre, 25 bis 30 Jahre, 30 bis 35 Jahre) gingen die Zirkumzisionen im Jahresvergleich um 4,5%, 5,5% und 3,9% zurück. Der deutlichste Anstieg der Zirkumzisionen ergibt sich für die vier Altersgruppen 50 bis 55, 55 bis 60, 60 bis 65 und 65 bis 70 Jahre. Die Zirkumzisionen nahmen in diesen Gruppen um 16,0%, 7,6%, 15,8% und 10,5% zu.

## Medizinische Studien zur Beschneidung bei Jungen

Über die Auswirkungen der Vorhautbeschneidung gibt es mittlerweile einen weitreichenden medizinischen Kenntnisstand. So sind in der internationalen medizinischen Fachdatenbank PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) allein unter dem Stichwort »circumcision« 7.034 Beiträge zu finden, eingeschränkt auf »male circumcision« sind es 5.667 Beiträ-

ge (Stand: Juli 2016). Die Veröffentlichungen umfassen dabei teils sehr große Studien mit über 100.000 Untersuchten, oft wurden zumindest einige Hundert bis Tausend Jungen und Männer untersucht – für andere Eingriffe sind oft weit geringere Proband_innen-Gruppen üblich. Die Studien decken zahlreiche Fragestellungen ab, darunter Fragen zu Komplikationsraten, Empfindsamkeit der Eichel, sexueller Zufriedenheit und psychologischen Auswirkungen (die etwa durch Diskriminierungen von Kindern und Teenagern aufgrund des Beschneidungsstatus in geschlechtshomogenen Gruppen vorkommen). Die Datenlage zu Auswirkungen von Vorhautbeschneidungen ist also vergleichsweise sehr gut. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse vorgestellt.

## Sensitivität des Penis nach der Zirkumzision

In der wissenschaftlichen Literatur zeigt sich ein differenziertes Bild. Angemerkt sei, dass sich unter den Befragten sowohl Kinder und Jugendliche sowie später Beschnittene finden. Sofern in den Studien angegeben, wird im Folgenden nach Alter der Beschneidung differenziert.

Laumann et al. [15] zeigten für eine große US-amerikanische Kohorte (1.410 Befragte, davon zwei Drittel beschnitten, oft im Kindesalter), dass nur geringe Unterschiede bezüglich der sexuellen Zufriedenheit und etwaiger Probleme zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Männern festzustellen waren. Lediglich bei den älteren Männern ergaben sich signifikante Differenzen. Sexuelle Dysfunktionen wurden in der Gruppe der 45- bis 59-Jährigen von 58% der unbeschnittenen Männer angegeben, hingegen nur von 40% der beschnittenen. In allen Altersgruppen überwog der Anteil der unbeschnittenen Männer leicht gegenüber dem Anteil der beschnittenen Männer, die angaben, »kein Interesse an Sex« zu haben und »nicht in der Lage zu sein, zu ejakulieren«. Vorzeitiger Samenerguss war bei beiden in allen Altersgruppen häufig (ca. 30%), Schmerzen hatten nur wenige (ca. 3%) empfunden – letzterer Fall trat etwas häufiger bei den älteren Unbeschnittenen auf.

In mehreren Studien wird postuliert, dass Vorhautbeschneidung Einfluss auf den Zeitpunkt der Ejakulation (»vorzeitige Ejakulation«) haben könnte. Das beschreibt etwa die Forschungsgruppe Namavar et al. [16], die bei 47 ausgewählten Patienten durch die Beschneidung im Erwachsenenalter vorzeitigen Samenerguss »kuriert« habe. Hingegen konnten Malkoc et al. [17] bei im Erwachsenenalter Beschnittenen in einer Untersuchung vor und nach der Zirkumzision keinen Einfluss auf die Möglichkeit und Häufigkeit vorzeitiger Ejakulation feststellen, obgleich im entfernten Vorhautgewebe zahlreiche Nervenenden festgestellt wurden. Um Einflussfaktoren auf die vorzeitige Ejakulation zu erheben, untersuchten Hosseini et al. [18] 84 beschnittene Männer, 42 mit und 42 ohne vorzeitigen Samenerguss. Sie konnten keine relevanten körperlichen oder sozialen Einflussfaktoren feststellen.

Auch bei im Erwachsenenalter vorgenommenen Vorhautbeschneidungen ist die Studienlage uneinheitlich. So ermittelten Fink et al. [19] bei einer Stichprobe von 123 Männern, dass nach der Beschneidung eine geringere erektile Funktion (Score: vor Zirkumzision 12,4 – danach 10,5), eine geringere Sensitivität des Penis (9,5 – danach 9,0), aber keine Änderung der sexuellen Aktivität (9,4 – danach 8,9) sowie eine erhöhte sexuelle Zufriedenheit empfunden worden sei (11,1 – danach 12,2). Eine verringerte Druckempfindlichkeit zeigten Sorrells et al. [20], allerdings ohne Angaben zur Zufriedenheit der Probanden zu machen. Bronselaer et al. [21] berichteten für ihre Untersuchungsgruppe (1059 unbeschnittene Männer, 310 beschnittene Männer) geringere sexuelle Zufriedenheit und geringere Orgasmenfrequenz beschnittener im Vergleich zu unbeschnittenen Männern – Morris et al. [22] und Wolff et al. [23] erwiderten hierauf kritisch. Kim et al. [24] fanden bei einer

Stichprobe mit 255 beschnittenen und 118 unbeschnittenen Männern keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich sexuellem Verlangen, Erektion, Ejakulation und der Zeit bis zur Ejakulation. Gao et al. [25] ermittelten in einer Verlaufsstudie (Stichprobe: 575 beschnitten, 623 unbeschnitten) rings um die Vorhautbeschneidung im Erwachsenenalter, dass von den Männern nach der Beschneidung eine – im Vergleich zu den Angaben vor der Beschneidung – signifikant längere Dauer bis zur intravaginalen Ejakulation angegeben wurde. Nach der Beschneidung berichteten die Männer ebenfalls in signifikantem Maße, eine größere Kontrolle über ihre Erektion und Ejakulation zu haben und insgesamt mit ihrem Sexualleben zufriedener zu sein [24]. Hingegen keinerlei statistisch relevante Unterschiede zwischen den Beschreibungen der Untersuchten zur sexuellen Zufriedenheit und Funktionalität ermittelten (unter 4.456 Befragten) Kigozi et al. [26] und (unter 2.499 Befragten, darunter 167 beschnittene Männer) Hoschke et al. [27].

Eine Anmerkung sei noch zur Art der Studien und der erhobenen Befriedigung gemacht: Das Interesse der Forschenden scheint sich fast ausschließlich an der Vorstellung vaginalen Sexualverkehrs zu orientieren. Studien, die sich anderen sexuellen Praktiken wie Oralverkehr zuwenden, sind rar.

### Einfluss auf das Infektionsrisiko bezogen auf Geschlechtskrankheiten

In Bezug auf Geschlechtskrankheiten gibt es Hinweise darauf, dass durch die Beschneidung das Risiko der Ansteckung mit dem HI-Virus und das Infektionsrisiko für weitere Geschlechtskrankheiten reduziert werden. In einer Analyse von 21 Studien zu gleichgeschlechtlichem Sex unter Männern mit insgesamt 71.693 Teilnehmern fassten Wiysonge et al. [28] zusammen, dass sich für den induzierenden (aktiven) Partner das Risiko einer HIV-Infektion signifikant oder zumindest nachweisbar verringere, hingegen nicht für den rezipierenden (passiven) Partner [29, 30]. Andere Studien zeigen für gleichgeschlechtlichen Sex unter Männern maximal eine moderate Verringerung des Infektionsrisikos, betrachtet über einen längeren Zeitraum. Es ergebe sich aber keinerlei kurzfristige Risikoreduktion für eine HIV-Infektion [31–33].

Hingegen zeigen Studien zu Männern, die angeben, ausschließlich gegengeschlechtlichen sexuellen Verkehr zu haben, für diese einhellig eine Verringerung des HIV-Infektionsrisikos um etwa 50 bis 60%. In diesen Studien wird davon ausgegangen, dass keine anale Penetration stattfinde und daher die Infektion ausschließlich über die Oberfläche des Penis im vaginalen Bereich der Frau erfolgen könne [34–37]. Das Infektionsrisiko reduziere sich gerade dadurch, dass das HI-Virus in besonderem Maße über das Gewebe der Vorhaut eindringen und sich unter der Vorhaut Erreger ansammeln könnten [38]. Für die beteiligten Frauen reduziere sich das HIV-Infektionsrisiko hingegen nicht [37, 39].

Für andere mögliche sexuell übertragbare Erkrankungen – Syphilis, Herpes simplex – ergibt sich ein ähnliches, wenn auch nicht so deutliches Bild. Ein Review von Weiss et al. [40] über 26 Studien kommt zu dem Ergebnis, dass sich bezüglich gegengeschlechtlichem Sex mit der Zirkumzision moderate, aber nur teilweise signifikante Verringerungen des Infektionsrisikos ergeben. Für gleichgeschlechtlich sexuell verkehrende Männer konnten Wiysonge et al. [28] bei einer Analyse von 21 Studien keine merkliche Verringerung des Infektionsrisikos feststellen.

### Zirkumzision im Kindesalter – Verringerung von Harnwegsinfektionen

Für eine frühe Zirkumzision ergeben Studien einige positive Effekte, insbesondere in Bezug auf Harnwegsinfektionen. Die Studien zu

Harnwegsinfektionen – teils sehr groß angelegt, mit über 100.000 Untersuchten im Alter von <1 bzw. <3 Jahren – ergeben durchweg ein deutlich (auch signifikant) geringeres Auftreten dieser Infektionen bei beschnittenen im Vergleich zu unbeschnittenen Jungen. Unbeschnittene Jungen hatten etwa zehnmal so häufig Harnwegsinfektionen wie beschnittene [41–44]. So ermittelten Wiswell et al. [45] aus den Angaben der zwischen 1980 und 1985 in Krankenhäusern der US-Armee geborenen Jungen, dass bei 20 der 100.157 beschnittenen Jungen Harnwegsinfektionen auftraten, während dies bei den 35.929 unbeschnittenen bei 88 der Fall war. In einer Folgestudie für die Jahre 1985–1990 ergab sich ein ähnlich deutlicher Unterschied – ein zehnfach erhöhtes Risiko für Harnwegsinfektionen bei unbeschnittenen Jungen gegenüber beschnittenen [46]. Schoen et al. [47] erhielten aus einer Studie mit 14.893 im Jahr 1996 geborenen Jungen 132 aufgetretene Harnwegsinfekte, davon 86% bei den unbeschnittenen Jungen, die mit 35,1% (5.225) den kleineren Teil der Gruppe ausmachten. Damit erkrankten 2,15% der unbeschnittenen und 0,22% der beschnittenen Jungen im ersten Lebensjahr an einem Harnwegsinfekt. Ein Review zur Frage Harnwegsinfekte und Zirkumzision liegt mit Singh-Grewal et al. [41] vor – sie bestätigen das höhere Risiko einer Harnwegsinfektion bei unbeschnittenen Jungen [42, 44]. Bei fiebrigen Erkrankungen in diesem frühen Alter wurde bei unbeschnittenen relativ oft (ca. 20 bis 30%), bei beschnittenen eher selten (ca. 2%) Harnwegsinfekte festgestellt [48, 49; vgl. 42, 44]. Da Harnwegsinfekte mit Schmerzen verbunden seien und sich schwerwiegende Erkrankungen anschließen könnten – wenn sie sich etwa auf die Nieren ausbreiten –, seien diese Ergebnisse durchaus bedeutsam [42]. Morris et al. [42] errechneten, dass auf 50 Zirkumzisionen eine »verhinderte« Harnwegsinfektion im frühen Kindesalter komme, betrachtet auf die ganze Lebenszeit sei das Verhältnis vier (Zirkumzisionen) zu eins (»verhinderte« Harnwegsinfektion).

Positive Effekte deuten sich auch bei Balantis (Entzündung der Eichel, »Eicheltripper«) und weiteren die Penishaut betreffenden Erkrankungen an. Bezüglich der Balantis ergaben Studien der 1980er und beginnenden 1990er Jahre, dass bei Patienten, die wegen Hauterkrankungen Rat suchten, bei 13 bzw. 14% der unbeschnittenen Jungen diese Erkrankung vorlag, hingegen »nur« bei etwa 2% der beschnittenen Jungen [42, 50]. Schließlich wird in der Literatur beschrieben, dass die Entfernung der Vorhaut Spannungen und Schmerzen bei kindlichen Erektionen verringere. So liege im Säuglingsalter stets und im Kindesalter oft Phimose vor – erst mit zunehmendem Alter lasse sich die Vorhaut bei vielen Jungen und Männer vollständig hinter die Eichel zurückziehen. Damit könnten Schmerzen bei Erektionen auftreten, wie der – allerdings selten diagnostizierte – Priapismus [42, 51, 52].

Auf Basis des Literaturbestandes kommen die American Academy of Pediatrics und das American College of Obstetricians and Gynecologists zu dem Schluss, dass die gesundheitlichen Vorteile die Risiken überwiegen, wenn die Vorhautbeschneidung professionell und unter sterilen Bedingungen durchgeführt wird. Gleichzeitig seien die Vorteile jedoch nicht so groß, dass routinemäßig zur Vorhautbeschneidung geraten werden solle, vielmehr sollten die Eltern über Vorteile und Risiken der Zirkumzision aufgeklärt und zu einer Entscheidung befähigt werden [53].

## Studien zu Komplikationen

Die Studien zu den Komplikationen bei Zirkumzisionen sind sehr heterogen. Größere Studien ermittelten, dass in 0,2 bis 0,6% der Beschneidungen Komplikationen aufgetreten waren. In anderen Studien ergaben sich teils deutlich höhere Werte bis zu 16% [42, 54, 55]. Weiss et al. [56] folgern aus dieser Heterogenität der Daten, dass es insbesondere auf

eine sterile Umgebung ankomme, die Infektionsrisiken vermindere, sowie auf geschultes Personal. Als Median von 16 prospektiven Studien ermittelten Weiss et al. [56] einen Wert von 1,5% Komplikationen bei Beschneidungen von Neugeborenen und Kindern, die bis zum elften Lebensmonat beschnitten wurden. Bei den retrospektiven Studien, die sich auf die Beschneidung im gleichen Lebensalter richteten, ergaben sich geringere Komplikationsraten [44]. Als *nicht »ernst«* eingeordnete Komplikationen, die zudem nicht dauerhaft waren, wurden gefasst: Blutungen, vorübergehende Schmerzen, Hämatome, Stenosen (Verengungen). Von den jeweiligen Autor_innen als »ernster« oder »schwerwiegend« betrachtete Komplikationen oder solche, die weitere Operationen erforderlich machten oder dauerhafte Einschränkungen mit sich brachten, traten in den Studien meist nicht (0%) auf, allerdings wurden auch hier in einer Studie aus Nigeria (141 Untersuchte) und einer Studie aus Kanada (100 Untersuchte) Werte von 2% ermittelt. Weiss et al. [56] führen aus, dass sich Komplikationen häufen, wenn Freihand-Techniken zur Zirkumzision verwendet wurden und, in Bezug auf Nigeria, wenn sie in privaten Hospitälern stattfanden und nicht in staatlichen. In jeweils zwei sehr großen Studien aus den USA (130.475 bzw. 100.157 Untersuchte) und Israel (19.478 bzw. 8.000 Untersuchte) traten Komplikationen bei insgesamt 0,1 bis 0,3% der Behandelten auf – egal, ob sie kinderchirurgisch im Hospital oder von einem Mohel (Beschneidungsspezialist) vorgenommen wurden. Eine weitere sehr große Studie aus Großbritannien (66.519 Untersuchte) erhielt für Zirkumzisionen, die im Alter der Jungen von 0 bis 15 Jahren vorgenommen wurden, eine Komplikationsrate von 1,2% (bei 0% schweren Komplikationen) [56].

Bei Beschneidungen im Kindesalter (älter als elf Monate) und darüber hinaus ergaben sich aber auch teils deutlich höhere Werte hinsichtlich einfacher (also nicht »schwerer«) Komplikationen. Im Kindesalter zwischen elf Monaten und bis zu zwölf Jahren kamen Komplikationen im Median mit 6% (Schwankungsbreite 2 bis 14%) vor [56; vgl. 44]. Schwere Komplikationen kamen nicht (meist 0%) vor, lediglich bei einer Studie aus Großbritannien (2,8%), einer Studie aus Südafrika (2,5%) und einer Studie aus der Türkei (1%) ergaben sich deutlich höhere Werte für schwere Komplikationen [56].

Auch traditionelle Beschneidungen führten teils zu einer deutlich höheren Rate an Komplikationen – die Schwankungsbreiten reichten bei der traditionellen Beschneidung von 2,7% und 3,4% bis hin zu einem extrem hohen Wert von 73% (davon 24% Blutungen, 14% Infektionen, 12% inkomplette Zirkumzisionen, 15% Zysten, 8% Hämatome und andere). Die Schwankungsbreite bei Adoleszenten- und Erwachsenenbeschneidungen in Ländern Afrikas lag in der Regel im Bereich zwischen 3 bis 10% [56; vgl. 42]. Ernste bzw. schwerwiegende Komplikationen kamen bei den Adoleszenten- und Erwachsenenbeschneidungen in Afrika in vier Studien extrem häufig vor, in den übrigen lagen sie bei 0 bis 2,8%. Solche schwerwiegenden Komplikationen bedeuteten: teilweisen Verlust der Eichel, Verletzung der Harnröhre, Notwendigkeit einer erneuten Operation oder plastischer Chirurgie (um zerstörte Teile des Gliedes wiederherzustellen). Die populär wiederholt angeführte These, dass bei der Zirkumzision ein bedeutendes Risiko bestehe, dass der Penis verlorengehe, zeigte sich bei der Betrachtung der Behandlungsergebnisse nicht – weder bei Säuglingen noch bei Kindern und Erwachsenen [42, 56].

Auch traumatische Belastungen, die für Jungen mit der Zirkumzision häufig befürchtet bzw. angenommen werden, konnten bislang nicht verlässlich gezeigt werden. Moses et al. [57] konnten bei ihrer Recherche »anekdotische«, jedoch keine wissenschaftlichen Beiträge finden. Taddio et al. [58] berichten bei einer kleinen Gruppe untersuchter Kleinkinder, dass sie vier bis sechs Monate nach der im Säuglingsalter erfolgten Zirkumzision ei-

ne stärkere Reaktion auf zugefügten Schmerz zeigten (insbesondere: längerer Intervall des Schreiens). Wiswell et al. [45] führten an, dass sich bei 25 der untersuchten 100.157 beschnittenen Jungen in der Folge traumatische Belastungen zeigten. Auf diese (älteren) Studien wird auch in den neueren Arbeiten weiterhin zentral verwiesen [42, 44]. Lediglich punktuell finden sich Neuerungen: Freeman et al. [59] vergleichen unterschiedliche Beschneidungsmethoden in Bezug auf ihre Auswirkungen auf das Schmerzempfinden des Kindes, gemessen an der Wahrnehmung der Eltern. Frisch et al. [60] haben eine Stichprobe von 342.877 Jungen (darunter 3.347 = 0,98% »rituell« beschnitten; mit diesem Begriff benennen die Autor_innen die religiöse Beschneidung, mehrheitlich die muslimische), die in Dänemark zwischen 1994 und 2003 geboren wurden, auf Auffälligkeiten untersucht, die mit dem Autismus-Spektrum (ASD) assoziiert werden. Mit 57 ASD-Fällen unter den »rituell« beschnittenen Jungen der Altersspanne null bis neun Jahre habe sich in dieser Gruppe eine um 46% erhöhte Häufigkeit von ASD im Vergleich zu den unbeschnittenen gezeigt (absolut: 4.929 ASD-Fälle unter den unbeschnittenen Jungen). Hinsichtlich »Hyperaktivität« und Asthma zeigten sich hingegen keine Unterschiede in Bezug auf den Beschneidungsstatus. Ob das Ergebnis durch andere Studien bestätigt werden kann und ob es mit der Frage der Zirkumzision oder aber mit einem marginalisierten Status muslimischer (beschnittener) Menschen in Dänemark in Zusammenhang steht, muss durch weitere Studien geprüft werden. Studien zeigen [42], dass gerade kulturelle Erwartungshaltungen zu Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden mit der Zirkumzision führen könnten. So waren beschnittene kalifornische Teenager mit ihrem »Zirkumzision-Status« zufriedener als die unbeschnittenen. Auch eine schwedische Studie ergab für beschnittene Schüler keine Probleme, außer Schüchternheit in der Umkleidekabine. In Indien fanden Befragte, die beschnitten wurden, dass die Zirkumzision nicht Teil ihrer Hindu-Kultur sei (41%), andere (30%) befürchteten Stigmatisierung [42, 61]. Es ergeben sich daraus Hinweise, dass die jeweils herrschende Kultur und ihr Umgang mit Zirkumzision (und ggf. beschnittenen Menschen) wichtige Auswirkungen auf das Erleben der Zirkumzision haben: In den USA sind ca. zwei Drittel der Männer beschnitten, in Schweden und in den durch die Hindu-Kultur geprägten Bevölkerungsgruppen Indiens sind es hingegen nur eine Minderheit. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie hatte darauf verwiesen, dass Traumata kumulativ entstünden und die Faktoren gesellschaftliche Marginalisierung und Exklusion Bedeutung haben [7]. Hilfreich wird hierbei die Arbeit von Yigal Blumenberg [61] sein, in der Traumata im Zusammenhang unter anderem mit Fragen kultureller Marginalisierung und in Bezug auf Beschneidung diskutiert werden.

## Ableitungen und Handlungsempfehlungen

Aus den vorliegenden Ergebnissen ziehen medizinische Arbeitsgruppen und politische Entscheidungsträger_innen die Schlüsse, dass die Zirkumzision

1. geeignet sei, die Häufigkeit von Harnwegsinfektionen zu reduzieren (zudem sei die Methode dabei kosteneffektiv),
2. gesundheitsfördernde Eigenschaften wie die Reduktion weiterer Erkrankungsrisiken mit sich bringe,
3. bei einer sterilen und fachlich geeigneten Ausführung unter Analgesie (Betäubung) ein Komplikations-Risiko von 0,2 bis 2% bedeute,
4. erfordere, dass die Behandelten bzw. ihre Eltern entsprechend über Risiken, Nutzen und Methoden ausreichend aufgeklärt werden müssten.

Da sich die volle Ausschöpfung der Vorteile – etwa bei kindlichen Harnwegsinfekten – bei einer frühen Zirkumzision zeigt und sich zugleich für diesen Zeitpunkt die geringsten Komplikationshäufigkeiten ergaben, wird die Durchführung der Zirkumzision bereits für das Säuglingsalter angeraten [42, 53–55]. Singh-Grewal et al. [41] schließen in einer Meta-Analyse, dass bis zu einem Risiko der Zirkumzision von 2% die Vorteile der Beschneidung die Nachteile überwiegen. Die American Academy of Pediatrics sieht deutliche Vorteile der Vorhautbeschneidung, allerdings seien sie nicht groß genug, um routinemäßig für alle Jungen die Vorhautbeschneidung anzuraten. Auch sie empfiehlt, die Eltern über Vorteile und Risiken der Zirkumzision aufzuklären und zu einer informierten Entscheidung zu befähigen [53, 62].

Mit dem Beschluss des Deutschen Bundestages im Dezember 2012 wurde eine Regelung getroffen, die gleichermaßen der körperlichen Unversehrtheit und der Religionsfreiheit – die beide im deutschen Grundgesetz festgelegt sind – Rechnung trägt. Es wurde wieder Rechtssicherheit hergestellt, sodass Ärzt_innen und religiöse Beschneider_innen abgesichert handeln können, und zugleich den Bedürfnissen des Kindes Rechnung getragen wird, mit Betäubung und in steriler Umgebung beschnitten zu werden, sodass möglichst große Sicherheit gewährleistet ist. Ohne die Regelung des Deutschen Bundestages wäre eine für Jüd_innen und Muslim_innen wichtige religiöse Praxis kriminalisiert und die Vorhautbeschneidung in die Illegalität gedrängt worden. Da Studien darauf hinweisen, dass gerade Fragen der kulturellen Marginalisierung Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Jugendlichen mit ihrem Beschneidungsstatus haben können, gilt es auch bezüglich der Vorhautbeschneidung auf eine Gesellschaft hinzuwirken, in der Toleranz und Akzeptanz gelten.

Mit Blick auf die Daten der statistisch erfassten Zirkumzisionen in Deutschland ist der deutliche Anstieg für das Lebensalter 50 bis <70 Jahre auffallend. Es könnte sich hier lediglich um eine Momentaufnahme handeln. Gleichzeitig ist es ein Hinweis darauf, dass es sich auch bezüglich sexueller Gesundheit lohnen könnte die mittlere Altersgruppe deutlicher in den Blick zu nehmen und auch hier angepasste Beratungsangebote bereitzustellen. Um ein umfassendes statistisches Bild zu erhalten und auch ökonomisch Benachteiligten einen möglichst guten Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewährleisten, könnte es darüber hinaus lohnend sein, die in medizinischen Kontexten durchgeführte Zirkumzision *generell* in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen.

## Literatur

1 Bundestags-Drucksache 17/11295 vom 05.11.2012. Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes.
2 Müller-Neuhof J. Religiöse Beschneidung – Chronik einer beispiellosen Debatte. 20.8.2012 [zitiert am 23.5.2016]. http://www.tagesspiegel.de/politik/religioese-beschneidung-chronik-einer-beispiellosen-debatte/7018904.html.
3 Çetin Z, Wolter S. Fortsetzung einer ›Zivilisierungsmission‹: Zur deutschen Beschneidungsdebatte. In: Çetin Z, Voß HJ, Wolter S (Hrsg.), Interventionen gegen die deutsche »Beschneidungsdebatte«. Münster: Edition Assemblage; 2012.
4 Heil J, Kramer SJ (Hrsg.). Beschneidung: Das Zeichen des Bundes in der Kritik – zur Debatte um das Kölner Urteil. Berlin: Metropol, 2012.
5 Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU). DGU-Stellungnahme zum »Beschneidungsurteil« des Landgerichts Köln. 3.7.2012 [zitiert am 23.5.2016]. http://www.dgu.de/1955.html.
6 Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU). Neue Gesetzesregelung schafft Rechtssicherheit bei religiösen Beschneidungen. [zitiert am 23.5.2016]. http://www.dgu.de/2012.html.
7 Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychosomatik, Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT). Religiöse Beschneidung von Jungen, Stellungnahme der DGPT zur Debatte [Pressemitteilung]. 13.9.2012 [zitiert am 23.5.2016]. http://dgpt.de/fileadmin/download/presse/PM-Beschneidung-120913.pdf.
8 Stehr M, Putzke H, Dietz HG. Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Jungen: strafrechtliche Kon-

sequenzen auch bei religiöser Begründung. Deutsches Ärzteblatt. 2008;105(34–35):1778–1780.

9 Voß HJ, Zaft M. Der (medizinethische) deutsche Diskurs über die Vorhautbeschneidung. In: antifra – Debatte, Bildung, Vernetzung zu Migration und gegen Rassismus und Neonazismus (Debattenblog der Rosa Luxemburg Stiftung). 27.7.2013 [zitiert am 23.5.2016] http://antifra.blog.rosalux.de/?p=165.

10 Bruch HP. Religiöse Beschneidungen. [zitiert am 23.5.2016]. Deutsches Ärzteblatt. 2012;109(31):3. http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=9526.

11 Magheli A, Hakenberg O. Religiöse Beschneidungen. [zitiert am 23.5.2016]. Deutsches Ärzteblatt. 2012; 109(31):6. http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=9526.

12 Sinden G. Beschneidungsforum. Juli 2012 [Zugriff 7.5.2013 und 23.5.16]. http://www.beschneidungsforum.de.

13 Reichhart EM, Sinden G. beschneidung-von-Jungen.de. August 2012 [Zugriff 7.5.2013 und 23.5.2016]. http://www.beschneidung-von-jungen.de.

14 Wasmund S. Beschneidung von Jungen und Mädchen aus religiösen Gründen. Das Kölner Urteil, die gesellschaftliche Diskussion und die juristische Entwicklung. Juli 2012 [zitiert am 23.5.2016]. http://www.zwangsbeschneidung.de.

15 Laumann EO, Masi CM, Zuckerman EW. Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. JAMA. 1997;277(13):1052–1057.

16 Namavar MR, Robati B. Removal of foreskin remnants in circumcised adults for treatment of premature ejaculation. Urol Ann.2011;3(2):87–92.

17 Malkoc E, Ates F, Tekeli H, Kurt B, Turker T, Basal S. Free Nerve Ending Density on the Skin Extracted by Circumcision and It's Relation with Premature Ejaculation. J Androl. 2012 Nov-Dec;33(6):1263–7.

18 Hosseini, S. R., Khazaeli, M. H., Atharikia, D. Role of postcircumcision mucosal cuff length in lifelong premature ejaculation: a pilot study. J Sex Med. 2008;5(1):206–9.

19 Fink KS, Carson CC, DeVellis RF. Adult circumcision outcomes study: effect on erectile function, penile sensitivity, sexual activity and satisfaction. J Urol. 2002;167(5):2113–6.

20 Sorrells ML, Snyder JL, Reiss MD, Eden C, Milos MF, Wilcox N, Van Howe RS. Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. BJU Int. 2007; 99(4):864–9.

21 Bronselaer GA, Schober JM, Meyer-Bahlburg HF, T'Sjoen G, Vlietinck R, Hoebeke PB. Male circumcision decreases penile sensitivity as measured in a large cohort. BJU Int. 2013;111(5):820–7.

22 Morris BJ, Krieger JN, Kigozi G. Male circumcision decreases penile sensitivity as measured in a large cohort. BJU Int. 2013;111(5):E269–70.

23 Wolff I, May M, Hoschke B, Brookman-May S. Male circumcision is not associated with an increased prevalence of erectile dysfunction. Asian J Androl. 2014;16(4):652–3.

24 Kim D, Pang MG. The effect of male circumcision on sexuality. BJU Int. 2007;99(3):619–22.

25 Gao J, Xu C, Zhang J, Liang C, Su P, Peng Z, Shi K, Tang D, Gao P, Lu Z, Liu J, Xia L, Yang J, Hao Z, Zhou J, Zhang X. Effects of adult male circumcision on premature ejaculation: results from a prospective study in China. Biomed Res Int. Vol. 2015; Article ID 417846.

26 Kigozi G, Watya S, Polis CB, Buwembo D, Kiggundu V, Wawer MJ, Serwadda D, Nalugoda F, Kiwanuka, N, Bacon MC, Ssempijja V, Makumbi F, Gray RH. The effect of male circumcision on sexual satisfaction and function, results from a randomized trial of male circumcision for human immunodeficiency virus prevention, Rakai, Uganda. BJU Int. 2008;101(1):65–70.

27 Hoschke B, Fenske S, Brookman-May S, Spivak I, Gilfrich C, Fritsche HM. Wolff I. May M. Die männliche Zirkumzision ist nicht mit einer höheren Prävalenz der erektilen Dysfunktion assoziiert: Ergebnisse der »Cottbuser 10.000-Männer-Fragebogenstudie«. Der Urologe. 2013;52(4):562–569.

28 Wiysonge CS, Kongnyuy EJ, Shey M, Muula AS, Navti OB, Akl EA, Lo YR. Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men. Cochrane Database Syst Rev. 2011;15(6).

29 Sánchez J, Sal Y, Rosas VG, Hughes JP, Baeten JM, Fuchs J, Buchbinder SP, Koblin BA, Casapia M, Ortiz A, Celum C. Male circumcision and risk of HIV acquisition among MSM. AIDS. 2011;25 (4):519–23.

30 Qian HZ1, Ruan Y, Liu Y, Milam DF, Spiegel HM, Yin L, Li D, Shepherd BE, Shao Y, Vermund SH. Lower HIV Risk Among Circumcised Men Who Have Sex With Men in China: Interaction With Anal Sex Role in a Cross-Sectional Study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2016 Apr 1;71(4): 444–51.

31 Londish GJ, Templeton DJ, Regan DG, Kaldor JM, Murray JM. Minimal impact of circumcision on HIV acquisition in men who have sex with men. Sex Health. 2010;7(4):463–70.

32 Templeton DJ, Millett GA, Grulich AE. Male circumcision to reduce the risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men. Curr Opin Infect Dis. 2010;23(1):45–52.

33 Jameson DR, Celum CL, Manhart L, Menza TW, Golden MR. The association between lack of circumcision and HIV, HSV-2, and other sexually transmitted infections among men who have sex with men. Sex Transm Dis. 2010;37(3):147–52.

34 Gray RH1, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, Kiwanuka N, Moulton LH, Chaudhary MA, Chen MZ, Sewankambo NK, Wab-

wire-Mangen F, Bacon MC, Williams CF, Opendi P, Reynolds SJ, Laeyendecker O, Quinn TC, Wawer MJ. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet. 2007;369(9562):657–66.
35 Templeton DJ. Male circumcision to reduce sexual transmission of HIV. Curr Opin HIV AIDS. 2010;5(4):344–9.
36 WHO (World Health Organization). New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. 2007[zitiert am 23.5.2016]. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf.
37 WHO (World Health Organization). Male circumcision information package. 2007[zitiert am 23.5.2016]. http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack/en/index.html.
38 Jayathunge PH, McBride WJ, MacLaren D, Kaldor J, Vallely A, Turville S. Male Circumcision and HIV Transmission; What Do We Know? Open AIDS J. 2014;Sep 30;8:31–44.
39 Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G, Serwadda D, Watya S, Nalugoda F, Buwembo D, Ssempijja V, Kiwanuka N, Moulton LH, Sewankambo NK, Reynolds SJ, Quinn TC, Opendi P, Iga B, Ridzon R, Laeyendecker O, Gray RH. Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial. Lancet. 2009;374(9685):229–37.
40 Weiss HA, Thomas SL, Munabi SK, Hayes RJ. Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect. 2005;82(2):101–9;discussion 110.
41 Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. Arch Dis Child. 2005;90(8):853–8.
42 Morris BJ, Waskett JH, Banerjee J, Wamai RG, Tobian AA, Gray RH, Bailis SA, Bailey RC, Klausner JD, Willcourt RJ, Halperin DT, Wiswell TE, Mindel A. A »snip« in time: what is the best age to circumcise? BMC Pediatr. 2012;12:20.
43 Deusel AY. Mein Bund, den ihr bewahren sollt: Religionsgesetzliche und medizinische Aspekte der Beschneidung. Freiburg: Herder; 2012.
44 Sorokan ST, Finlay JC, Jefferies AL. Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, Infectious Diseases and Immunization Committee (2015): Newborn male circumcision. Paediatr Child Health. 2015;20(6):311–20.
45 Wiswell TE, Geschke DW. Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys. Pediatrics. 1989;83(6):1011–5.
46 Wiswell TE, Hachey WE. Urinary tract infections and the uncircumcised state: an update. Clin Pediatr (Phila). 1993;32(3):130–4.
47 Schoen EJ, Colby CJ, Ray GT. Newborn circumcision decreases incidence and costs of urinary tract infections during the first year of life. Pediatrics. 2000;105 (4 Pt 1):789–93.
48 Zorc JJ, Levine DA, Platt SL, Dayan PS, Macias CG, Krief W, Schor J, Bank D, Shaw KN, Kuppermann N. Clinical and demographic factors associated with urinary tract infection in young febrile infants. Pediatrics. 2005; 116(3):644–8.
49 Shaikh N, Morone NE, Bost JE, Farrell MH. Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. Pediatr Infect Dis J. 2008;27 (4):302–8.
50 Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, Kohri K. Prepuce: phimosis, paraphimosis, and circumcision. ScientificWorldJournal. 2011;11:289–301.
51 Cherian J, Rao AR, Thwaini A, Kapasi F, Shergill IS, Samman R. Medical and surgical management of priapism. Postgrad Med J. 2006;82(964):89–94.
52 Aktoz T, Tepeler A, Gündoğdu EO, Ozkuvanci U, Müslümanoğlu AY. Priapism in the newborn: management and review of literature. Andrologia. 2011;43(1):65–7.
53 American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision. Circumcision policy statement. Pediatrics. 2012;130(3):585–6.
54 Canadian Paediatric Society. Neonatal circumcision revisited. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society. CMAJ. 1996;154 (6):769–80.
55 WHO (World Health Organization). Manual for Male Circumcision under Local Anaesthesia. Version 3.1(Dec09) [zitiert am 23.5.2016]. http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/who_mc_local_anaesthesia.pdf.
56 Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. BMC Urol. 2010;10:2.
57 Moses S, Bailey RC, Ronald AR. (1998): Male circumcision: assessment of health benefits and risks. Sex Transm Infect. 1998;74(5):368–73.
58 Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet. 1997;349(9052):599–603.
59 Freeman JJ, Spencer AU, Drongowski RA, Vandeven CJ, Apgar B, Teitelbaum DH. Newborn circumcision outcomes: are parents satisfied with the results? Pediatr Surg Int. 2014;30(3):333–8.
60 Frisch M, Simonsen J. Ritual circumcision and risk of autism spectrum disorder in 0- to 9-year-old boys: national cohort study in Denmark. J R Soc Med. 2015;108(7):266–279.
61 Blumenberg Y. Von Trauma und Tradition. In: Blumenberg Y, Hegener W. (Hrsg.), Die »unheimli-

che« Beschneidung. Frankfurt: Brandes & Apsel; 2013:95–133.
62 The American College of Obstetricians and Gynecologists. (Task Force on Circumcision) Male circumcision. Pediatrics. 2012;130(3): e756–85.
63 Montgomery, FU. Kölner Urteil für Ärzte unbefriedigend und für Kinder gefährlich. Presseerklärung vom 1. Juli 2012 [zitiert am 23.05.2016]. http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10588.10589.

# 2.4 Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher – Indikatoren männlicher sexueller Jugendgesundheit

*Reinhard Winter*

**Zusammenfassung**
Sexualität ist ein bedeutsamer Aspekt der Gesundheit männlicher Jugendlicher. Entgegen der WHO-Definition sexueller Gesundheit war bislang der Blick auf die Jugendsexualität meist problematisierend ausgerichtet. Der Beitrag verfolgt nun konsequent eine Perspektive der sexuellen Gesundheit männlicher Jugendlicher. Im ersten Teil wird das Thema in Bezug auf Aspekte der Geschlechtlichkeit, Sexualität und Gesundheit von männlichen Jugendlichen aufgeschlossen und umrissen; zudem werden aktuelle quantitative Daten vorgestellt. Der zweite Teil referiert exemplarische Ergebnisse einer qualitativen Studie zur sexuellen Gesundheit, für die Jugendliche im Alter von 14 bis 21 Jahren und Fachleute befragt wurden. Abschließend werden Indikatoren entwickelt, welche als Merkmale einer speziellen sexuellen Gesundheit männlicher Jugendlicher dienen können.

**Summary: Sexual health of male adolescents. Indicators for male juvenile sexual health**
Sexuality is a key aspect in the health of male adolescents. Contrary to the WHO definition of sexual health, the view on male sexuality has been mostly focusing on problems. This article now consequently pursues a perspective of sexual health of male adolescents. In the first part, the topic is discussed related to aspects of gender and health of male adolescents; moreover, current quantitative data is presented. The second part reports exemplary results of a qualitative study on sexual health, for which experts and adolescents between the ages of 14 and 21 were interviewed. To conclude, indicators are developed, which can serve as characteristics of a special sexual health of male adolescents.

---

## Übersicht über den wissenschaftlichen Erkenntnisstand

Mit zunehmendem Alter ist Sexualität im Leben der meisten männlichen Jugendlichen wesentlich und wird zu einem bestimmenden Thema in ihrem Alltag. Dabei bildet sich aus, was die Jugendzeit – ganz grob gefasst im Altersspektrum zwischen 12 und 25 Jahren – selbst mitprägt und was später ihre Sexualität ausmacht. (Die Frage, inwieweit dies gleich oder unterschiedlich zur Entwicklung weiblicher Sexualität in der Jugendphase angelegt ist, soll hier nicht interessieren. Der Beitrag ist nicht relational angelegt, sondern richtet den Blick explizit auf männliche Jugendliche.) Insofern erhält die Adoleszenz – anerkanntermaßen eine Schlüsselphase der Männersexualität – auch als Aspekt der Gesundheit erhebliche Bedeutung. Aus Erwachsenensicht und fachlicher Perspektive wird die Jugendsexualität dagegen vor allem unter Schutzbedürftigkeit und erhöhter Vulnerabilität betrachtet: »[A]dolescence marks a time of heightened vulnerability« [1]. Dass die Sexualität Jugendlicher einen entscheidenden Aspekt ihrer Gesundheit darstellt, kommt dabei kaum zur Gel-

tung. Sie wird stattdessen in erster Linie als ein Problem, letztlich als etwas Ungesundes gesehen. Die fehlende Perspektive auf das Gesunde muss als zentrale Fehlstelle in den Diskursen zur Jugendsexualität diagnostiziert werden.

Die problematisierende Haltung spiegelt sich in zahlreichen Veröffentlichungen zur sexuellen Gesundheit wider. Gelingende männliche Sexualität wird unterschlagen [z.B. 2, 3], während Krankheiten und Störungen, auch spezifisch bezogen auf männliche Jugendliche, sexualmedizinisch gut bearbeitet sind [z.B. 4]. So mangelt es an Anhaltspunkten, anhand derer sich diese fehlende Seite identifizieren oder rekonstruieren ließe. Zwar liegen generelle Indikatoren für die sexuelle Gesundheit vor [5], diese werden jedoch auf der Makro- und Mesoebene verortet und sind entsprechend abstrakt gehalten und nicht geschlechterbezogen differenziert.

Der Begriff »Sexualität« meint explizit »das Geschlechtliche«: Sexuelle Praxis ist zumindest ab der Jugendphase stets eine Form von Geschlecht. Gesellschaftlich erhält männliche Sexualität hinsichtlich ihrer Geschlechtlichkeit zudem eine funktionale Relevanz. Ethnokulturelle Studien verweisen, die Schnittstelle zwischen Sex und Gender betrachtend, auf die reproduktive Sexualität als ein zentrales Moment von Männlichkeitsvorstellungen [6]. Durch diese kulturelle Verankerung ist männliche Sexualität auch im Biologisch-Reproduktiven unausweichlich durch Männlichkeitsbilder »besetzt«. Mit diesen Bezügen sind die beiden Dimensionen umrissen, die »das Männliche« in der Sexualität markieren: eine spezifische Körperlichkeit und Männlichkeitsbilder.

Für männliche Jugendliche bedeutet »Sexualität« vor allem Aneignung von, Auseinandersetzung mit und Bewältigung ihrer Körperlichkeit und seiner Besetzungen [7]. Der Blick auf ihre sexuelle Gesundheit bedarf also einer Spezifizierung durch einen Geschlechtsaspekt und einen Entwicklungsaspekt, einschließlich eines Zielhorizonts des Gelingens. Zeitlich ist das Interesse an der sexuellen Gesundheit männlicher Jugendlicher doppelt besetzt. Es bezieht sich auf das Handeln und Erleben »im Jetzt« – wobei das primäre Interesse der Jungen gegenwartsorientiert ist –, ebenso auf ein »Später«. Aneignung und Bewältigung der Sexualität in der Jugendphase wirken sich maßgeblich auf die sexuelle Gesundheit im Erwachsenenalter aus: »Adolescence sets the stage for sexual health in later life« [8, S. 6].

## Männliche Jugendliche

Ein wesentliches Merkmal, welches das Verlassen der Kindheit markiert und zugleich als eines der »wichtigsten Entwicklungsziele des Jugendalters« angenommen werden muss, »liegt in der Festlegung der endgültigen sexuellen Organisation« [9]. Die Jugendphase dient der aktiven Aneignung des Sexuellen. Für alle Geschlechter gilt, dass Sexualität im Jugendalter bewältigt werden muss, wie Fend [10, S. 258] auf der Basis eines breiten Forschungsüberblicks feststellt. »Der wohl wichtigste Teilprozess der Pubertät ist die […] Entwicklung genitaler Sexualität« [10, S. 254]. »Entwicklung« ist dabei nicht als ein neues Entstehen, sondern vielmehr als eine Weiterentwicklung zu verstehen, insbesondere bezogen auf die neu gewonnene Reproduktionsfähigkeit und die neuen kognitiven Fähigkeiten [11]. Jungen sind in diesem Aneignungsprozess auf das Material angewiesen, das ihnen in ihren Lebenswelten und gesellschaftlich angeboten wird. Die Bedeutung der Jugendphase auch für die sexuelle Gesundheit der Jugendlichen kann dabei kaum unterschätzt werden: »Adolescence is a decisive age for girls and boys […]. What they experience during their teenage years shapes the direction of their lives and that of their families« [1].

Mit der Aneignung ihrer jugendlichen Sexualität verbunden ist für Jungen der »Eintritt in die sexuelle Erwachsenenwelt« mit den damit verbundenen Männlichkeitskon-

strukten [12]. Sexualität wird zu einer Form der sozialen Inszenierung von Männlichkeit [13]. Für männliche Jugendliche spielt deshalb Sexualität in der Jugendphase zumindest phasenweise eine zentrale Hauptrolle in der Auseinandersetzung mit ihrem »männlichen« Selbstbild und der Welt. Im Gegensatz dazu scheint die Jungenforschung gerade dieses Hauptthema Sexualität gerne zu übergehen oder zu übersehen. So referiert beispielsweise Michael Meuser »zentrale Themen der Jungenforschung« [14, S. 39f.], ohne dabei auf Sexualität einzugehen.

### *Jugendliche, Geschlecht männlich*

Wie die Lebensphase der Jugend ist auch das Geschlecht der männlichen Jugendlichen keine eindeutig fixierbare Kategorie. Selbstverständlich ist es dennoch sinnvoll und notwendig, Ziel- oder Untersuchungsgruppen in den Blick zu bekommen. Unter dem Begriff »männliche Jugendliche« werden Menschen verstanden, die sich einerseits in der Lebensphase Jugend befinden und die andererseits dem männlichen Geschlecht angehören. Hier folge ich einer pragmatischen »Cis-Gender«-Definition [15, S. 244]. Demnach handelt es sich bei männlichen Jugendlichen um solche, bei denen männliches Körpergeschlecht, psychisches Geschlecht (Selbstbild und -definition, männliche Identität) und soziales Geschlecht übereinstimmen.

Bezogen auf die sexuelle Gesundheit ist von Belang, dass Jugendliche nicht nur sozial-kulturelle Prägungen, sondern auch psychodynamische Entwicklungen und biologische Aspekte in ihr Männlichsein einflechten – in ständigen »Wechselwirkungen biologischer, psycho-sozialer und kultureller Aspekte« [16, S. 15]. Dabei treten Impulse aus der Körperlichkeit in einen Austausch mit psycho-sozialen und sozial-kulturellen Wirkungen, was entsprechend umgekehrt ebenso der Fall ist: »Der ›biologische‹ Körper ist zwar konstruiert, aber dennoch nicht passives Einschreibungsprodukt, nicht Endprodukt diskursiver Akte, sondern er ist aktiv beteiligt an allen Entwicklungsprozessen« [16, S. 31]. »Wechselwirkung« ist keine Einbahnstraße: Soziale Faktoren wirken auf die Körper und umgekehrt beeinflusst auch der Körper das soziale Leben. Dabei gibt es einen »irreduziblen Geschlechtsrest« [15, S. 543], das heißt, Ereignisse, die mit dem Körpergeschlecht unlösbar verbunden sind, »schlagen sich in Körper und Seele nieder« [ebd.] und werden unablässig interpretiert und gedeutet, stets bezogen auf die vorherrschenden sozialen und psychischen Geschlechterbilder.

Solche spezifischen Ereignisse sind bei Jungen

1. die Erektion des Geschlechtsteils, das heißt das Erleben der Erektion, das Füllen der Schwellkörper und die Verbindung erektiler Steife mit Lust, was die Erfahrung (bzw. die Befürchtung) unerwünschter Erektionen und die damit verbundene körperlich empfundene Scham oder Angst einschließt;
2. das Erleben des Spermas, das heißt die Zeugungsfähigkeit als mit dem Sperma verbundene Potenz, die Erfahrung von Samenergüssen in Verbindung mit dem sexuellen Höhepunkt und nächtliche Pollutionen;
3. die Hoden mit ihrer äußeren Position der Gonaden in einem besonderen Haut-Behälter (Skrotum), einschließlich Erlebnisse von Hodenschmerzen, etwa nach stärkerem Druck, einem Sturz oder Schlag auf die Hoden, verbunden mit dem Bedürfnis nach Schutz der Hoden;
4. die Erfahrung des Gefühls des »lustvollen Umfasst-Seins des Penis« bei der sexuellen Penetration (vaginal, oral oder anal) sowie
5. die männliche Fruchtbarkeit als die Fähigkeit, ein Kind zu zeugen (und die damit verknüpften Aspekte Freude, Verbindung, Lust, Stolz, Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft).

Ausgehend von dieser Bestimmung müssen bei der Betrachtung der sexuellen Jungen- und

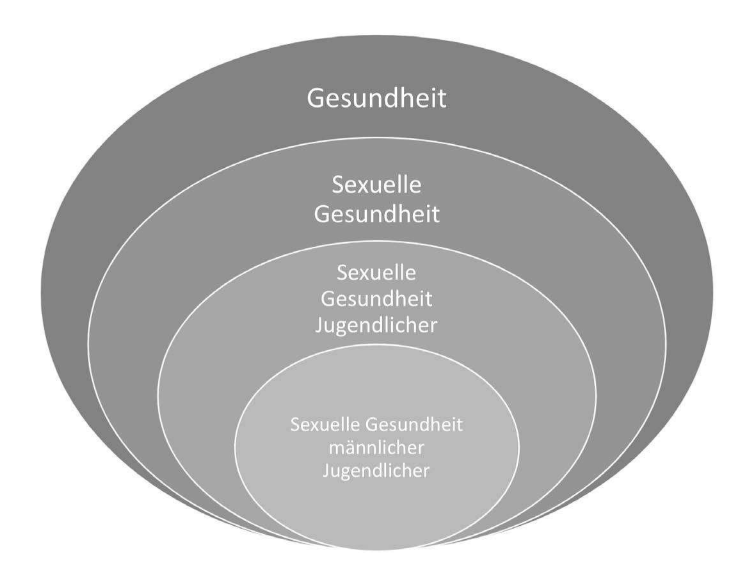



*Abb. 1: Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher als Teilmengendarstellung*

Männergesundheit neben gesellschaftlichen Bildern (»Männlichkeit«) auch die körperlichen Bedingtheiten berücksichtigt werden: Beides macht das Spezifische der Jungen- und Männergesundheit aus und definiert das »Spezielle« derselben [17].

## Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher

Sexuelle Gesundheit bezeichnet einen Teilaspekt von Gesundheit, die sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher wiederum einen Teil der sexuellen Gesundheit Jugendlicher (siehe Abbildung 1).

Bislang bleibt in Deutschland »das gesundheitsfördernde Potential von Sexualität und sexueller Gesundheit […] weitgehend unbeachtet« [18, S. 101]. Sexualität vom Gesunden her zu denken kommt einem Paradigmenwechsel gleich. Diesen Schritt in Bezug auf die Sexualität männlicher Jugendlicher zu vollziehen liegt trotzdem nahe, weil bei ihnen das Sexuelle häufig attraktiv und positiv besetzt ist und sie sich in ihrer Lebensphase mit der Aneignung ihrer aktiven Genitalität befassen. Gleichwohl ist dieser Fokus neu und weitgehend unbearbeitet, wie eine Google-Abfrage belegt (siehe Tabelle 1).

Bereits in den 1970er Jahren wurde von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) in einer ersten Definition des Begriffs die positive Bedeutung des Sexuellen herausgestellt. Spätestens seit 2002 lautet der erste Hauptsatz der sexuellen Gesundheit, wie ihn die WHO definiert und wie er fachlich breit akzeptierte Verwendung gefunden hat: »Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality« [8, S. 5]. Nach der aktuellen Definition des WHO-Regionalbüro Europa ist sexuelle Gesundheit »untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen« [19] (vgl. Tabelle 1).

Diese Definition ist durch seine umfassende Anlage notwendigerweise abstrakt. In

*Tab. 1: Google-Abfrage: Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher im Internet. Quelle: Google Inc. Google (28.01.2016). Eigene Darstellung*

| Stichworte, Suchbegriffe | Zahl der Suchergebnisse |
|---|---|
| Bewegung / »männliche Jugendliche« | 26.600 |
| Ernährung / »männliche Jugendliche« | 17.300 |
| Entspannung / »männliche Jugendliche« | 11.600 |
| »sexuelle Gesundheit« / »männliche Jugendliche« | 506 |

einem Koordinatensystem möglicher Einflussfaktoren ist die sexuelle Gesundheit Jugendlicher als ein zu präzisierender Bereich explizit benannt [18, S. 96]. Um eine solche Definition nutzbar zu machen, muss sie konkretisiert werden, beispielsweise indem sie regional, auf Institutionen des Gesundheitssystems oder auch auf spezifische Zielgruppen fokussiert, weiterentwickelt wird. Das WHO-Regionalbüro für Europa fächerte dementsprechend die Ziele und Anliegen sexueller Gesundheit weiter auf. Geschlechterdifferenzierung bzw. -gerechtigkeit wird als wichtige Strategie gesetzt: »Gender equity: Inequalities in health status can result from belonging to one or other sex if attention is not paid to gender equity. Public education and services for reproductive health therefore need to take into account the needs of both women and men« [20, S. 18]. Jugendliche als Zielgruppe werden ebenfalls besonders hervorgehoben [20, S. 14].

## Forschungsstand

In der Gesundheitsforschung und -berichterstattung wird Sexualität zurücksetzend behandelt oder gar nicht beachtet. So findet sich im RKI-Bericht »Gesundheit in Deutschland 2015« [21] nichts zu den Stichworten »Sexualität« oder gar zu »sexueller Gesundheit«. Auch auf der RKI-Homepage (www.rki.de) ist aktuell unter der Rubrik »Gesundheit A–Z« das Thema Sexualität nicht aufgeführt (aber »Schwimmfähigkeit«). Ähnlich flach behandelt der »13. Kinder- und Jugendbericht« mit dem Schwerpunkt »Gesundheit« das Thema Sexualität [22]. Selbst im Männergesundheitsbericht zur »Gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland« [23] existiert Sexualität nur in Form von Sexual- und Fertilitätsstörungen sowie sexuell übertragbaren Infektionen. Im »Handbuch Geschlecht und Gesundheit« [24] wird Sexualität nicht einmal erwähnt.

Quantitative Daten zur Sexualaufklärung und zur Statistik des Sexualverhaltens männlicher Jugendlicher im Allgemeinen (allerdings weitgehend undifferenziert) wurden über längere Zeiträume erhoben [25]. Aus diesen Daten lassen sich indirekt auch Aussagen zur sexuellen Gesundheit ableiten: So verfügen etwa die meisten männlichen Jugendlichen (83%) über Vertrauenspersonen für sexuelle Fragen. Trotz Pubertät fühlen sich viele männliche Jugendliche wohl in ihrem Körper: 72% antworten auf diese Frage mit den zwei Topwerten (»trifft zu«, »trifft ziemlich zu«). Ihre erste Ejakulation erleben die meisten Jungen (29%) im Alter von 13 Jahren, fast 90% aller Jungen haben im Alter von 14 Jahren ihre erste Ejakulation erlebt. Die meisten Jungen pflegen die sexuelle Praxis der Masturbation: Von den 15-jährigen Jungen gaben etwa zwei Drittel an, in den letzten zwölf Monaten masturbiert zu haben. Ihren ersten Geschlechtsverkehr erleben offenbar drei Viertel der Jungen (76%) als »etwas Schönes«, den Zeitpunkt des Ereignisses bezeichnen 67% der Jungen als »genau richtig«. Eine knappe Mehrzahl der befragten deutschen Jungen gibt zudem an, immer genau auf die Verhütung zu achten (52%). Regelrechte Verhütungsverweigerer, die »selten« oder

*Tab. 2: HIV-positiv gemeldete Laborfälle männlicher Jugendlicher (Gliederungsmerkmale: Deutschland 2014, Altersgruppen, Geschlecht männlich, alle HIV-Infektionsrisiken). Quelle: http://www.gbe-bund.de (22.01.2016)*

| Gemeldete HIV-positive Laborfälle | 10 bis u. 13 Jahre | 13 bis u. 15 Jahre | 15 bis u. 20 Jahre |
|---|---|---|---|
| absolut | 2 | 1 | 41 |
| je 100.000 Einwohner | 0,18 | 0,13 | 1,97 |

»nie« verhüten, sind selten: Bei den deutschen Jungen ohne Migrationsgeschichte sind dies 6%, bei Jungen mit Migrationsgeschichte 11%. Als Gründe für ihre Nicht-Erfahrung – also eine (bisherige) Abstinenz partnerschaftlicher Sexualität – gibt fast ein Drittel der deutschen Jungen (31%) die Befürchtung an, sich ungeschickt zu verhalten (22% in der Gruppe der Jungen mit Migrationsgeschichte). Umgekehrt spielen normative oder moralische Gründe (Sex sei »vor der Ehe nicht richtig« bzw. »unmoralisch«) für deutsche Jungen keine Rolle bei der bisherigen Abstinenz, wohl aber für über 10% bei Jungen mit Migrationsgeschichte.

Die Zahl männlicher Jugendlicher, die von einer HIV-Infektion betroffen sind, ist sehr gering, die Prävalenz liegt bei nicht einmal 2 von 100.000 (vgl. Tabelle 2).

Darüber hinaus werden männliche Jugendliche heute auch sehr selten Väter (vgl. Tabelle 3): In einem Zeitraum von 15 Jahren zeugen durchschnittlich rund 238 minderjährige Jungen pro Jahr ein Kind (nicht mitgerechnet sind dabei allerdings diejenigen, die eine Schwangerschaft mit darauffolgendem Abbruch verursachen).

Als Beleg sexueller Gesundheit kann dies insofern gewertet werden, als Jungen nicht nur angeben, auf Verhütung zu achten, sondern dies offenbar auch tun. Dadurch werden einerseits die Bemühungen gerechtfertigt, die in vielen Jahren in die Sexualaufklärung geflossen sind. Andererseits kann aber – ähnlich wie bei der HIV-Prävention – gefragt werden, ob der sehr hohe Stellenwert der Verhütungsprävention noch zur tatsächlichen Bedeutung des Themas passt.

## Ausgewählte Ergebnisse der Interview-Studie

Um den Blick auf die Sexualität männlicher Jugendlicher zu öffnen und die bislang fehlenden Indikatoren für ihre sexuelle Gesundheit zu entwickeln und abzusichern wurde eine multiperspektivische und mehrstufige qualitative Untersuchung durchgeführt [26]. Befragt wurden 20 männliche Jugendliche im Alter von 14 bis 21 Jahre sowie 20 Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Feldern, die mit sexueller Gesundheit befasst sind, von Eltern über Fachkräfte, die mit Jungen arbeiten, bis hin zu Verantwortlichen in einschlägigen Institutionen. Beide Interviewreihen wurden teiltranskribiert und inhaltsanalytisch, mit Fokus auf die Indikatoren sexueller Gesundheit männlicher Jugendlicher, ausgewertet. Aus dieser Auswertung und ergänzt durch Ergebnisse der Literaturrecherche wurden vorläufige Indikatoren sexueller Gesundheit männlicher Jugendlicher entwickelt. Diese wurden in der abschließenden Phase einem Reviewverfahren unterzogen, bei dem sie durch elf Expertinnen und Experten durchgesehen, korrigiert und erweitert wurden. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Studie skizziert.

### Sexuelle Gesundheit

Für alle Befragten stellen Fragen nach der sexuellen Gesundheit einen ergiebigen Stimulus dar. Vor allem die Fachleute neigen aber dazu, beim Zusammenhang von Sexualität und Gesundheit vor allem das Riskante, Ungesunde zu assoziieren. Ein Filter scheint Problemstellungen und -lagen aus dem zu entfernen, was Jungen

*Tab. 3: Lebendgeborene nach dem Alter des Vaters. Quelle: Statistisches Bundesamt (20.01.2016). Eigene Berechnungen*

| Alter des Vaters von … bis unter … Jahren | Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2014 in absoluten Zahlen |
|---|---|
| unter 15 | 2 |
| 15–16 | 8 |
| 16–17 | 58 |
| 17–18 | 170 |
| Gesamt | 238 |

äußern und wie sie erlebt werden: »Wenn man Sexualität und Gesundheit irgendwie in einen Kontext bringt, dann assoziiert man das erst mal mit Krankheiten« (Mitarbeiter Jugendarbeit).

Bei den Jugendlichen dominiert eine eindeutige Tendenz: Ja, Sex ist gesund und das ist weitgehend selbstverständlich. Sexualität wird von ihnen in erster Linie aus dem Blickwinkel »gesund für« reflektiert, weniger als ein eigener Aspekt des Gesunden. Allgemein gilt: »[Gesund] ist es [Sex] auf jeden Fall!« (15 Jahre), auch deshalb, weil nichts dagegenspricht: »Es [Sexualität] muss was Gesundes sein, ich seh' da nichts Ungesundes« (16 Jahre). Sehr häufig benennen die befragten Jungen psychische Aspekte der Gesundheit in Verbindung mit Sexualität: »Stressabbau«, »um anderes (Belastendes) zu vergessen«, ebenso sei es gut »fürs Selbstbewusstsein. Man fühlt sich auch dann attraktiv«. Oft assoziieren Jungen die Gesundheitseffekte von Sexualität mit »positiven Hormonen« und mit körperlicher Aktivität: »Es hat auch eine sportliche positive Wirkung […] durch die Bewegungen, schwitzt man viel, also verbrennt auch viel Kalorien« (21 Jahre). Allerdings wird Sexualität bisweilen auch bei Jugendlichen aus dem Bereich des Gesunden gedrängt: »Weil man eher an Krankheit denkt, als an Gesundheit.« (20 Jahre).

## Männlicher Genitalkörper

Genitalkörperliches wird von den Jungen in der Interviewsituation eher selten angesprochen. Werden diese Themen aber aktiv benannt, können Jungen auch darüber reflektieren, sodass davon ausgegangen werden kann, dass es sich also nicht um Tabuisierung oder Sprachlosigkeit handelt. Sperma und Ejakulation etwa, beides spezifisch männlich, werden von den Jungen nur wenig als Ausdruck des Gesunden benannt, sondern vermehrt mit Störungen assoziiert. Ein Junge etwa kommt lakonisch auf den Zusammenhang von Erfahrung und vorzeitigem Samenerguss zu sprechen: »Das erste Mal ist immer das schlimmste Mal. Keine Erfahrung, nichts – früher Samenerguss« (21 Jahre).

Die Erektion wird kaum als Gesundheitsaspekt gewertet. Möglicherweise wird sie gesellschaftlich als Chiffre für unkontrollierbare männliche sexuelle Energie interpretiert, die verdeckt oder (besser) ständig kontrolliert werden muss. Als Folge dieser erektionsfeindlichen Einstellung müssen Jungen mit unerwünschten Erektionen umgehen (lernen). Das Risiko, durch eine unerwünschte Erektion sexuelle Erregung erkennbar werden zu lassen, haben nur Jungen, speziell Jungen in der Pubertät. »Also ich hatte das [eine unerwünschte Erektion] vielleicht einmal im Schwimmbad […] und das war mir halt etwas peinlich. Hab' ich gesagt: Ich […] hol' mein Handy. […] In der Schule ist es auch ein paar Mal passiert, und dann habe ich einfach so, die Beine zusammen, und dann hat's halt niemand bemerkt« (16 Jahre).

Zur Körperlichkeit gehört auch das Wissen um die Empfindlichkeit der Hoden: »Klar

gibt es das Wissen, dass wenn ich im Fußball eins zwischen die Beine kriege, dann tut das weh […] [das sind] schmerzhafte Erfahrungen, die Jungen an der Stelle machen können«, so ein Mitarbeiter in der Jungenarbeit. Auch von Jungen selbst werden die Hoden vor allem als Ort des Schmerzerlebens angesprochen: »Also, ich weiß nicht, ich bin schon öfter draufgefallen [auf die Hoden] – ich weiß nicht, wie viel die aushalten« (21 Jahre).

Ihre Fruchtbarkeit ist bei den befragten Jungen ambivalent besetzt. Sie wird mit unerwünschter Schwangerschaft assoziiert, das bedrohliche Risiko folgt auf dem Fuß: »Dass ich weiß, ich bin fruchtbar, ist gut […]. Aber eine Frau, ein Mädchen zu schwängern in unserem Alter, das finde ich nicht so gut« (16 Jahre). Andere Jungen sind sich unsicher, ob sie überhaupt (noch) fruchtbar sind, weil ihr Hoden touchiert wurde.

## Männlichkeitsaspekte

Die Wirkung von Männlichkeitsbildern auf Jungen zeigt sich in den Interviews eher vermittelt. Kein Junge formuliert traditionelle Reduktionen des Männlichen in der Sexualität. Auch Formen der Hierarchisierung oder massiver Abgrenzung sind nicht erkennbar. Selbstverständlich präsentieren Jungen in der Interviewsituation mit Erwachsenen eher das antizipierte erwünschte Verhalten und wissen, was genderkorrekt ist. In ihrer Ehrlichkeit und Offenheit ist andererseits anzunehmen, dass auch die Männlichkeitsthemen der Jugendlichen wenigstens an der einen oder anderen Stelle ans Licht gekommen wären. Die zahlreichen Äußerungen der befragten Erwachsenen zu Männlichkeitsthemen sind hier als Ergänzung und Korrektiv einer beschönigenden Sichtweise bedeutsam.

Die Fachkräfte nehmen bei Jungen durchaus, aber eher unterschwellig, Männlichkeitsdruck wahr, der zum Beispiel zutage kommt, wenn Jungen es als »entlastend erleben, zu hören, dass es [beim Penis] nicht so auf die Länge ankommt« (Jungenarbeiter Sexualaufklärung und -beratung). Viele betonen, dass Bilder und Normen von Männlichkeit für männliche Jugendliche in erster Linie keinen Gewinn darstellen – sie können daraus keine »patriarchale Dividende« beziehen, sondern werden mit Idealisierungen konfrontiert, die sie unter Druck setzen und die ihre Gesundheit negativ beeinflussen können: »Also dieses Cool-sein-Müssen […], das führt schon zu einem Rollenkonflikt« (Mitarbeiterin Gesundheitsamt). Schlichte Männlichkeitsdefinitionen, die lediglich macht-, dominanz- oder submissionsorientiert angelegt sind, scheinen so gesehen von der Lebenswirklichkeit der Jungen entfernt und sollten ihnen nicht einfach in die Schuhe geschoben werden.

Wo Männlichkeit als Aspekt der sexuellen Gesundheit formuliert wird, geht es zuerst um die sexuelle Leistungs- und Handlungsfähigkeit. »Die Jungen haben die Befürchtung, dass sie nicht können und dann als Versager angesehen werden« (Mitarbeiter Gesundheitsamt, STI-Beratung). Männlichkeitsbilder wirken als Standards. Weniger erfahrene Jungen werden mit dem (vermeintlichen) Vorsprung anderer unter Druck gesetzt: »Meine Freunde, meine Peer-Group, die sind weiter oder sowas, und ich bin womöglich anders, und ich hab' noch keine Freundin oder noch keine sexuelle Erfahrung gemacht […], den Druck gibt es« (Jungenarbeiter). Auch die modernen Mädchen- und Frauenbilder tragen zum Männlichkeitsdruck bei: »Jungen [sind] stärker [darüber] verunsichert, was bei Frauen ankommt und was nicht, was sie bringen können und was nicht« (Mitarbeiterin Gesundheitsamt).

Als Indikator sexueller Gesundheit gilt, entsprechende Geschlechterbilder wahrzunehmen und sich damit auseinanderzusetzen bzw. sich selbst in Bezug dazu zu setzen. Adäquate Fähigkeiten, die die Erwachsenen bei Jungen durchaus sehen, sind etwa Ambiguitätstoleranz oder die Fähigkeit, »mich in mei-

ner Situation zu verstehen, mitsamt der Spannungen« (Mitarbeiter Fachbehörde).

### »Hammergeiler Männersex«

Selten blitzt in den Jungeninterviews ein Impuls zur lustvoll-aggressiven Sexualität auf (im Sinne von energischem »Rangehen«, nicht von Gewalt!). Er wird aber gleich wieder versteckt und daran anschließend weiter vernünftig, anständig und kontrolliert über Sexuelles kommuniziert. Die antizipierte Erwartung wird hierbei deutlich spürbar: »Jungen haben ja gelernt [...], dass das Pazifizierte eigentlich das Bessere ist, also ruhig zu sein und geduldig und dass der Hauptaugenmerk auf Kommunikation gerichtet wird [...], und das wollen wir ja auch, dass es konsensuell zugeht« (Sexualpädagoge). Gleichzeitig leben wildere, aggressive Impulse in manchen Jungen oder sie kennen Bilder ungestümer männlicher Sexualität aus Medien, letzteres durchaus nicht nur einseitig: »Sie muss stöhnen (lacht)« (16 Jahre). Bisweilen zeigt sich diese Vorstellung auch bezogen aufs eigene Erleben: »Es gibt halt so einen Schlag, dieser eine Mittelpunkt, wo es dann alles endet [...]. Da kann man halt auch so gesehen die Power rauslassen und so (lacht)« (15 Jahre).

Auf diese leidenschaftlicheren Impulse erhalten Jungen von Erwachsenen keine Resonanz. Hier wird eher eine Zuschreibung geweckt, die Jungen in ihrem Männlichsein als Gefahr interpretieren und einer klassischen Aufteilung folgen: »Die friedvolle weibliche Sexualität und das Aggressive, Gefährliche bei Männern bzw. Jungs« (Sexualpädagoge). Damit werden »wildere« Vorstellungen der Jungensexualität in die problematische Ecke gestellt. Das Ziel sexueller Gesundheit männlicher Jugendlicher ist angesichts solcher Depotenzierungsimpulse nicht mehr erkennbar. Was fehlt, ist eine gewährende Vorstellung, dass es beim Sex alles Mögliche geben kann – nicht nur, aber eben *auch* das Leidenschaftliche, Ekstatische oder ausgeprägt Phallische (das selbstverständlich keine allgemeingültige Norm sein sollte).

### Normalität

In sexualpädagogischen Workshops sind bei Jungen Fragemuster beliebt, die mit »ist es normal, wenn...« beginnen. Unsicherheit darüber, was normal ist, gehört selbstverständlich zur Jugendphase: »Ich weiß nicht, ob es bei manchen normal ist. Manche übertreiben es [mit der Masturbation]« (15 Jahre). Männlichkeitsbilder von Leistungsfähigkeit und sexuellen Standardisierungen geben der Normalität einen speziellen Drall – und schaffen gleichzeitig eine Differenz zum Weiblichen. Jungen stehen unter einem anderen Körpernormalitätsdruck als Mädchen. Ihre Unsicherheiten in der sexuellen Attraktivität konzentrieren sich etwa auf das sexuelle Interesse, die Muskelentwicklung am Oberkörper oder auf die Penislänge. Dabei drückt eine Frage zur Penisgröße nicht den Wunsch nach einem möglichst großen Genital aus, sondern mehr die Hoffnung, im durchschnittlichen Rahmen zu liegen.

Sicher ist Normalität auch ein Jungenthema, das unter Gleichaltrigen am Laufen gehalten wird, aber nicht (nur) aus Gründen der Männlichkeitskonstruktion, sondern weil es hilfreich ist: Jungen scheinen einen Rahmen zu brauchen, in dem sie sich mit ihrer Körperlichkeit und ihrem Jungesein verankern können, und den gibt eine Vorstellung von Normalität – etwa was die Penislänge oder die sexuellen Erfahrungen anbelangt. Männlichkeitsbilder versuchen zu homogenisieren: »Alle Jungen bzw. Männer sind so oder sollen zumindest so sein.« Dem entsprechend wirken aus Vorstellungen der Normalität auch Normierungen des Männlichen. Ein Junge antwortet deshalb fast befreit auf die Frage, ob es wichtig ist, normal zu sein: »Jaaa! Also, ich bin froh, dass ich einen hochbekomme,

also – ich bin echt sehr froh. Weil, es gibt viele Menschen, die wünschen sich sowas« (16 Jahre).

Normalität kann in den Augen der männlichen Jugendlichen eine Bandbreite darstellen, die das Gesunde umfasst. Dann liegt Normalität näher bei der Gesundheit als bei Standards, die es einzuhalten gilt und die zu Druck oder Stress führen.

## Homosexualität

Für die allermeisten männlichen Jugendlichen liegt Homosexualität – folgen wir den Ausführungen der Expertinnen und Experten, aber auch den Jugendlichen in den Interviews – jenseits der Frage nach sexueller Gesundheit und ist ebenso gesund oder ungesund wie andere sexuelle Orientierungen. Es scheint, als befänden wir uns in einem Übergangsstadium mit eindeutigem Trend zur Toleranz und glaubhafter Gleichwürdigkeit und -wertigkeit aller sexuellen Orientierungen. Hochproblematische Haltungen werden selten benannt: »Wenn jemand schwul ist, soll er schwul sein, so« (20 Jahre).

Dennoch ist die Haltung zur Homosexualität nicht vorbehaltlos oder völlig neutral. Heterosexualität bestimmt Zughörigkeit zur Normalität, mit Homosexualität droht Exklusion. Zwar wird das Schwulsein nicht panisch abgewertet oder versucht, Homosexualität als aktive Form der Ausgrenzung zu verwenden: »So einen Hass merke ich gar nicht oder Menschenfeindlichkeit, weil derjenige schwul ist […]. Aber natürlich ist es den Jugendlichen peinlich, wenn sie einen schwulen Freund haben« (Mitarbeiter offene und mobile Jugendarbeit). Negative Zuschreibungen (z. B. Schwule haben ohne Auswahl Sex) gibt es aber trotz der gestiegenen Akzeptanz. Oder es wird die diffuse Befürchtung beobachtet, sich gegen sexuelle Anmache wehren zu müssen: »Meine Jugendlichen formulieren das [Homosexualität] nicht so negativ. Bei Gesprächen, okay, derjenige hat gemeint: ›Ja, okay, der soll von mir aus schwul sein, aber der soll mich in Ruhe lassen‹« (Mitarbeiter Jugendarbeit), womit doch eine klar negative Befürchtung und Zuschreibung umrissen ist. Auf der realen Beziehungsebene vertreten Jungen eher die andere Seite: »Wenn man in die Runde fragt, kennt oft jemand einen [homosexuellen Jungen oder Mann], der ›ganz normal‹ ist und total cool, und dann gibt es da auch kaum Widerstand dagegen« (Jungenarbeiter).

## Migration und religiöse Wirkkraft

Migration stand bei den zutage getretenen Differenzierungen neben dem Alter der Jungen stets im Vordergrund. In der Verbindung mit sexueller Gesundheit männlicher Jugendlicher wurden explizit zwei Themen benannt: Männlichkeitsbilder und religiöse Normen. Beides muss aber wiederum differenziert betrachtet werden: »Migration, auf jeden Fall […], je nachdem, was für Verhältnisse zu Hause sind und wie offen zu Hause damit umgegangen wird« (Mitarbeiter offene Jugendarbeit). Weder Migration noch Religiosität sind notwendig Ressourcen oder Risiken für die sexuelle Gesundheit, allein die Qualität gibt jeweils den Ausschlag: *Traditionelle* Herkunftsmilieus und *rigide* Religionsvorstellungen sind beispielsweise Gesundheitsrisiken, weil sie Ambivalenzen erhöhen.

Engere Männlichkeitsbilder tangieren auch die sexuelle Gesundheit: »Ein Mann muss funktionieren, ein Mann ist immer betriebsbereit, in jeder Hinsicht, und auch sexuell, vor allem sexuell […]« (Mitarbeiter Jugendarbeit). Insgesamt scheint jedoch weniger Migration das bestimmende Thema zu sein, sondern mehr die Religion im Hintergrund und die Intensität, mit der sie vom Elternhaus oder vom Jugendlichen vertreten wird. Eine enggeführte Religiosität in einem christlichen Elternhaus kann ähnliche Wirkungen auf die sexuelle Gesundheit haben, wie ein

enges Verständnis des Islam, evangelikale Kreise können traditioneller sein als muslimische.

Deutlich wurde aber auch, dass viele muslimische Jugendliche von religiösen Vorschriften oder Mythen beeinflusst sind – oder von Mythen, die auf angeblichen Vorschriften beruhen. »Wenn du Sex hast, bist du spirituell nicht mehr rein, dann musst du dich nochmal duschen und dich speziell waschen« (Mitarbeiter Jugendarbeit). Damit verknüpft ist die Idee, Sex mache den Mann unrein, was eine gänzlich andere Wirkung entfaltet als Männlichkeitsbilder. Schlüsselthemen dabei sind Masturbation und Pornokonsum: »Im Islam hat es viel also mit Sauberkeit zu tun […]. Und die meisten Pornos sind ja nicht so gesehen sauber« (Gruppeninterview, Jungen mit Migrationsgeschichte).

## Indikatoren sexueller Gesundheit bei männlichen Jugendlichen

Indikatoren sexueller Gesundheit sollen dabei helfen, den Gegenstand aufzugliedern und darzustellen, ihn reflektierbar oder messbar zu machen. Mit unserem Zugang zur »well-being«-Seite der sexuellen Gesundheit werden diese Indikatoren auf der Seite des Gelingenden verortet, um nicht indirekt auf abgrenzende Problemfaktoren angewiesen zu sein. Damit soll kein Ideal oder der perfekte Mann fixiert werden, sondern lediglich der Pol des Gesunden in einem Kontinuum beschrieben werden. Jungen, die dem (noch) nicht entsprechen, sind also nicht »krank«, sondern verfügen über einen ausschöpfbaren Bewegungsspielraum in Richtung sexueller Gesundheit. Für die (sehr kleine) Gruppe generell asexueller männlicher Jugendlicher ist von Belang, dass die Indikatoren zwar ein positives Verständnis von Sexualität vermitteln, aber keinen Zwang. Hier gilt das Kriterium des Problemempfindens oder -drucks als Maßstab.

Die Indikatoren wurden aus den Interviews mit männlichen Jugendlichen und mit den Expertinnen, Experten und Schlüsselpersonen sowie ergänzend aus der Fachliteratur abgeleitet, abgeglichen und entwickelt [4, 25, 27–31]. Es bot sich an, die erhobenen Kompetenzbereiche, Merkmale oder »Marker« des Gesunden entlang der »klassischen« Aufteilung – physische, soziale, psychische Gesundheit – zu ordnen und zu gruppieren. Die Indikatoren beziehen sich zwar insbesondere auf männliche Jugendliche ab der Pubertät bis zum Erwachsenenalter, allerdings sind viele davon nicht altersspezifisch (d. h. sie gelten auch für jüngere Jungen oder erwachsene Männer). Die Indikatoren sind auf die Gruppe »männliche Jugendliche« bezogen und darin nicht weiter differenziert (etwa nach Altersphasen innerhalb der Jugendphase, nach Schicht, Bildung, Nationalität, Ethnie oder Religionszugehörigkeit, nach sexueller Orientierung, nach Beeinträchtigungen usw.).

Indikatoren sexueller Gesundheit sind nicht nur spezifisch für Alters- oder Geschlechtergruppen zu formulieren: Selbstverständlich gibt es auch zahlreiche Indikatoren, die allgemein auf sexuelle Gesundheit hinweisen. Die befragten Jungen, wie auch die Expertinnen und Experten nannten reichlich Aspekte, die auch für Mädchen, trans- oder intersexuelle Menschen oder Erwachsene von Belang sind. Diese Themen wurden nicht in die Auswertung aufgenommen und im Reviewverfahren nicht abgestimmt, auch wenn in diesem Prozess durchaus einige Aspekte eingefordert wurden, die nicht in den spezifischen Indikatoren enthalten sind (z. B. das Thema »Behinderung«). Unspezifische Indikatoren – etwa »der bzw. die Jugendliche fühlt sich seinem Alter und seinen sexuellen Interessen angemessen informiert und handlungskompetent« – werden an dieser Stelle nicht behandelt [dazu 26].

### Indikatoren für die sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher

Bei den Indikatoren einer spezifischen sexuellen Gesundheit männlicher Jugendlicher liegt

das Kriterium bei Merkmalen, die *ausschließlich* für diese Gruppe von Belang sind. Diese Indikatoren sind – als Ableitung aus Beschreibungen – deskriptiv zu begreifen und dürfen nicht normativ oder digital (miss-)verstanden werden (digital im Sinne von: »trifft zu = gesund«, »trifft nicht zu = krank«). Sie sollen keine »Messlatte« für die sexuelle Gesundheit darstellen, sondern im Sinne eines salutogenetischen Rahmenkonzepts im Prozess der Gesundheit die Seite des Gesunden markieren. Ebensowenig sind sie als relationale Abgrenzung in Bezug auf Mädchen/Frauen zu verstehen, denn viele dieser Aspekte finden eine Entsprechung bei Indikatoren weiblicher sexueller Gesundheit.

Wegen der genital-organischen Bezüge, vor allem im Gebiet des Körperlichen, könnte der Eindruck einer »phallischen Dominanz« bei der männlichen sexuellen Gesundheit entstehen. Deshalb muss relativierend betont werden, dass sich dieser Abschnitt auf die *speziellen,* ausschließlich auf männliche Jugendliche bezogenen Aspekte bezieht, die allerdings darüber hinaus in Verbindung mit der allgemeinen sexuellen Jugendgesundheit gesehen werden (sollten).

### A. Körperliche sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher

1. Der Jugendliche kennt seinen genitalen Körper (Penis, Hoden, Prostata usw.).
   a) Er ist über die spezifisch körperlich-männliche Entwicklung in der Pubertät ausreichend informiert (Penis- und Hodenwachstum, organische Funktionen, Vorhaut/Beschneidung, Bartwuchs etc.) und erlebt seine körperliche Entwicklung sowie die körperlichen Funktionen als etwas Selbstverständliches, mit Zuversicht und entspannt – oder (immer wieder auch) als etwas Neues, Verunsicherndes, Ängstigendes, das aber zu bewältigen ist.
   b) Er gibt Acht auf seinen genitalen Körper und ist mit ihm aktiv verbunden, über sinnliche Erfahrung, hygienisches Handeln oder aktive Körperwahrnehmung (z. B. Abtasten der Hoden). Dadurch erkennt er selbst frühzeitig Unregelmäßigkeiten und reagiert darauf.
2. Der Jugendliche verfügt über die Kompetenz zur aktiven Aneignung und Weiterentwicklung seiner individuellen, insbesondere mit dem männlichen Genital verbundenen Sexualität.
3. Seine Genitalien sind in organischer Hinsicht ohne Funktionsbeeinträchtigungen entwickelt.
   a) Der Penis des Jugendlichen ist grundsätzlich fähig zur unbeschwerten Erektion, bezogen zum Beispiel auf die Funktion der Schwellkörper, auf die notwendige Elastizität der Vorhaut (d. h. ohne Phimose/Paraphimose) oder auf die Penisausrichtung (d. h. nur geringe Deviation/Verkrümmung, »normal«: Peniskurvatur bis max. 30°). Penisbezogene Erkrankungen (z. B. Hypospadie) oder Verletzungen (z. B. Beschneidung) sind verheilt und bleiben ohne Einschränkung für das sexuelle Erleben.
   b) Der Jugendliche verfügt über die Fähigkeit zur Ejakulation. Das Austreten von Sperma kann er als materialisierten Ausdruck von gelingender, »erfolgreicher« Sexualität werten.
   c) Der Jugendliche ist zu ausreichender Ejakulationskontrolle im Sinne einer für den Jungen befriedigenden Dauer der genital-sexuellen Aktivität bis zum Orgasmus/Samenerguss fähig (d. h. keine Ejaculatio praecox).
4. Der Jugendliche kann mit unwillkürlichen Ejakulationen ohne Wachbewusstsein (i. d. R. nächtliche Pollution) akzeptierend, angemessen und positiv umgehen.
5. Der Jugendliche ist in der Lage, einen Samenerguss (i. d. R. verbunden mit einem Orgasmus) bei sich selbst willentlich herbeizuführen.

6. Er erlebt von ihm gewünschte oder gebilligte körperlich-sinnliche Stimulationen als angenehm (durch sich selbst und/oder andere Person/en ausgeübt; sowohl nicht genital als auch genital).
7. Der Jugendliche erlebt und wertet den Samenerguss als positiv, das heißt als angenehmes und lustvolles Ereignis.
8. Der Jugendliche kennt die ungestümen, aggressiven (im Sinne einer positiven, behauptenden Energie, nicht gewaltförmig!) Seiten seiner phallischen sexuellen Potenz, ist in Verbindung mit ihnen und mit ihren (potenziell grenzüberschreitenden) Risiken.
9. Der Jugendliche verfügt über Wissen und einen positiven Bezug zu seiner Fruchtbarkeit und zum Umgang mit der eigenen Reproduktivität als körperlicher Potenz. Sein Sperma ist für den Jungen ein körperlicher Ausdruck seiner Fruchtbarkeit. Ein entsprechender sozialer Ausdruck dafür ist sein aktives Verhütungsverhalten in Bezug auf seine potenzielle Vaterschaft und der Schutz seiner Hoden (Abtasten) als Fertilitätspflege.
10. Der Jugendliche setzt notwendige spezifische Vorkehrungen zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen und unerwünschter Vaterschaft bei Bedarf tatsächlich praktisch um: zum Beispiel durch aktive und korrekte Verwendung von Präservativen in den richtigen Situationen, Handhabung risikofreier Sexualpraktiken oder den Verzicht auf riskante Sexualpraktiken.

### *B. Soziale sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher*

1. Der Jugendliche verfügt über sexuelle Informationen zu männlichen Aspekten der Sexualität.
   a) Er informiert sich aktiv über Sexuelles im Zusammenhang mit dem männlichen Genital oder männlichen Erwartungen (als Sexualinformationen) bei Personen im Umfeld und/oder in Medien.
   b) Er nutzt Angebote sexueller Bildung (Medien, Sexualaufklärung, Schule, Gleichaltrige) zur Information über männliche Sexualität.
   c) Bei Informationslücken oder irritierenden Fragen (auch) speziell zur männlichen Sexualität findet er passende und seriöse Informationen bei Eltern, anderen Erwachsenen, Gleichaltrigen und/oder in Medien.
   d) Er verfügt über erotische Kompetenzen, durch die er sich (auch) mit seinen Facetten männlicher Sexualität inszeniert: Er kennt angemessene Codes der sexuellen Anziehung in Bezug auf seine männliche Erotik und kann sie aktiv einsetzen.
   e) Er verfügt über die Fähigkeit, potenzielle Sexualpartner zu sexuellen Aktivitäten zu animieren, die seinen männlich-genitalen Bedürfnissen entsprechen, und sich selbst dazu animieren zu lassen.
2. Der Jugendliche nimmt die Vielfalt und Bandbreiten des Männlichen in der Sexualität respektierend zur Kenntnis: männliche Heterosexualität, männliche Homosexualität, männliche Bisexualität und die Vielfalt von Möglichkeiten innerhalb und jenseits solcher Kategorisierungen.
3. Der Jugendliche lässt sich von männlich-sexuellen Normierungen (z. B. Körpermerkmale, Erfahrungs- oder Leistungsvorstellungen) nicht unter Druck setzen, widersetzt sich einem überhöhten Normalitätsdruck und wertet seine Formen männlicher Sexualität entweder als »normal« oder aber als – positiv konnotiert – »nicht normal« und damit als besonders, individuell, speziell und interessant.
4. Der Jugendliche setzt sich (auch) mit – kommerziellen, kulturellen, religiösen oder nationalen – Männlichkeitsbildern, die die Sexualität betreffen, aktiv, offen, akzeptierend und kritisch auseinander.
5. Der Jugendliche kann sozial vermittelte Männlichkeitsbilder und -erwartungen in

Bezug auf Sexualität von seinen individuellen Vorstellungen des Männlichseins unterscheiden. Er setzt sein eigenes sexuelles Handeln kritisch oder akzeptierend in Bezug zu sozialen Männlichkeitsvorstellungen – auch zu milieuspezifischen, nationalethnischen oder religiösen Bildern.

6. Der Jugendliche ist in der Lage, sich mit Grenzüberschreitungen im Graubereich von sexueller Gesundheit und sexueller Gewalt auseinander zu setzen, das heißt insbesondere mit seiner genital-phallischen Täterpotenzialität (sozial eher offen thematisiert, z. B. im Rahmen von sexueller Gewalt) und Opferpotenzialität (sozial eher verdeckt). Er kennt eigene Gewaltpotenziale und geht sozialverträglich damit um.
7. Er kann Mediendarstellungen männlicher Sexualität von seinen eigenen Wirklichkeiten unterscheiden, etwa in Bezug auf sexuelle Praktiken, sexuelle Leistungsfähigkeit oder körperliche Merkmale und Ausstattung.
8. Der Jugendliche fühlt sich in Bezug auf seinen männlichen Sexualkörper, seine Sexualfunktionen und seine wahrgenommenen sozialen Erwartungen an ihn mit seiner männlichen Sexualität und seinen Umgang damit angemessen informiert und handlungskompetent.
9. Er geht akzeptierend-kritisch mit sozial (insbesondere auf kommerziellen Wege, aber auch durch Gleichaltrige oder Sexualpartner) zur Verfügung gestellter, männerbezogener sexueller Stimulation um, zum Beispiel mit entsprechenden Medien (Pornografie) oder lehnt solche für sich begründet ab.
10. Der Jugendliche erlebt und gestaltet seine männliche Sexualität als Form der Verbindung zu einem/mehreren anderen Menschen – sowohl durch reale Kontakte zu Sexualpartner_innen als auch durch die sexuelle Verbindung in der Fantasie. Er handelt dabei empathisch und gestaltet Sexualität konsensuell und gleichberechtigt.

### C. *Psychische sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher*

1. Der Jugendliche hat einen lebendigen Bezug zu seiner männlichen sexuellen Potenz (insbesondere zu seiner sexuellen Körperpotenz) und ist mit ihr einverstanden.
2. Er nimmt eine positive, respektierende und wertschätzende Haltung gegenüber seinen genital-sexuellen Vorlieben, Wünschen, Aktivitäten, Erfahrungen und (noch) Nicht-Erfahrungen ein.
3. Der Jugendliche integriert und versteht seine Erektionen als einen körperlichen Ausdruck bzw. als Reaktion: als sexuelle und nichtsexuelle Normalität (z. B. Erektionen als Körperereignis aufgrund des Harndrangs/Morgenerektion, »Morgenlatte«). Ebenso wie mit der Erektion geht der Jugendliche auch mit der Nicht-Erektion um: als Normalzustand des Penis und als gesunder Hinweis auf seinen psychischen Status (z. B. Stress, Unlust, Beziehungsstörung).
4. Er akzeptiert die Emotionen, die mit den männlichen Aspekten seiner Sexualität einhergehen und kann mit dem entsprechenden Spektrum an Gefühlen umgehen (Freude, Überraschung, Angst, Ekel, Scham, Trauer, Wut).
5. Der Jugendliche löst sein geschlechtsbezogenes sexuelles Erleben von seinen Elternerfahrungen und kann sich seine genitale Sexualität innerhalb einer liebevollen Bindung erlauben.
   a) Er bewältigt aus seiner Beziehung zum Vater das Verbot einer homosexuellen Objektbesetzung (durch Abwertung bzw. Tabuisierung von Homosexualität) sowie sexuelle Neid- und Konkurrenzempfindungen dem Vater gegenüber.
   b) Er bewältigt seine ambivalente Mutterbindung, die einerseits durch emotionale Nähe, andererseits mit dem Verbot sexueller Wünsche, Fantasien und genitaler Sexualität verbunden war.

6. Der Jugendliche integriert seine individuell-persönlichen Formen männlicher Sexualität in sein Selbstbild als männlicher Jugendlicher/Mann (als Facette seiner männlichen Identität).
7. Er erlebt seine männlich-genitale Sexualität als steuerbar, kontrollierbar und als gelebte Form von Selbstwirksamkeit.
8. Der Jugendliche kann seine männlich-genitalen sexuellen (phallischen) Fantasien (ohne konkreten Realisierungswunsch) und Wunschvorstellungen (mit echten Verwirklichungsambitionen) als Teil seiner männlichen Identität sehen, positiv werten und genießen.
9. Er ist in der Lage, seine realen Erfahrungen männlicher Sexualität aktiv mitzugestalten und das Gelingende wertzuschätzen und zu genießen. Aktuell vorhandene Probleme oder vergangene Schwierigkeiten mit seiner männlichen Sexualität wertet er als Aspekt oder Teil sexueller Erfahrung und Entwicklung.
10. Der Jugendliche gelangt über seine männlich-genitale Sexualität zu Entspannung (durchaus auch im Sinne eines »Stressabbaus«), psychischem Wohlgefühl und Behagen, zu angenehmen emotionalen Zuständen bis hin zu Glücksgefühlen und Euphorie.

## Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Es hat sich als sinnvoll und ergiebig erwiesen, die Sexualität männlicher Jugendlicher vom Gesunden her zu denken und zu erschließen. Im Gegensatz zum häufigen Verdecken oder bloßen Problematisieren der männlichen Jugendsexualität führt dieser Zugang gleichermaßen zu erweiterten fachlichen Erkenntnissen, wie auch zu einer wertschätzenden Sichtweise auf männliche Jugendliche, die insbesondere für die sexuelle Bildung [32] männlicher Jugendlicher von Belang ist.

Die Indikatoren spezifischer sexueller Gesundheit männlicher Jugendlicher erlauben und verlangen gleichermaßen eine Korrektur in der allgemeinen Betrachtung der Gesundheiten männlicher Jugendlicher wie auch in der Sexualpädagogik mit dieser Zielgruppe. In ihrer Präzisierung des gesunden Pols der Sexualität regen sie zu einem Perspektivwechsel an. Dies ermöglicht eine im Sinne der WHO-Definition erweiterte Praxis der Gesundheitsförderung und der Sexualpädagogik. Zudem wird damit auch eine sexualmedizinische Haltung und eine Ausrichtung der Gesundheitsberichtserstattung markiert, die am Gesunden orientiert ist, ohne dabei Probleme oder Risiken zu unterschlagen.

Eine Neupositionierung oder ein Nachjustieren in diesem Sinn ist für alle Handlungsfelder zu empfehlen, die mit männlichen Jugendlichen befasst sind.

## Literatur


1 Laakkonen H. Adolescents sexual and reproductive Health (SRH): Empowering young people to realize their full potential. Entre Nous, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. 2014;80:3.
2 Zilbergeld B. Die neue Sexualität der Männer. Tübingen: dgvt; 1996.
3 Böhnisch L. Die Entgrenzung der Männlichkeit. Opladen: Leske + Budrich; 2003.
4 Stier B, Weissenrieder N (Hrsg.). Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft. Heidelberg: Springer; 2006:275ff.
5 Bremer V, Jansen K, Nitschke H, von Rüden U, Steffan E. Sexuelle Gesundheit in Deutschland. Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Der Indikatorenkatalog der DSTIG; Langfassung. Deutsche STI-Gesellschaft, Sektion Sexuelle Gesundheit, Arbeitsgruppe »Indikatoren« o.O.; 2013.
6 Gilmore D. Mythos Mann. Rollen, Rituale, Leitbilder. München: Artemis;1991:245.
7 Böhnisch L, Funk H. Soziale Arbeit und Geschlecht. Theoretische und praktische Orientierungen. Weinheim: Juventa; 2002:143f.
8 WHO (World Health Organization). Defining Sexual Health. Genf: WHO; 2006 [zitiert am 1.1.2016]. http:/

/www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf.
9 Beier KM, Bosinski HAG, Loewit K. Sexualmedizin – Zeitgemäße Beratung für die Praxis. München: Urban & Fischer; 2005:113.
10 Fend H. Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Wiesbaden: VS; 2005.
11 Wendt EV. Sexualität und Bindung: Qualität und Motivation sexueller Paarbeziehungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Weinheim: Juventa; 2009:21.
12 Stein-Hilbers M. Sexuell werden. Sexuelle Sozialisation und Geschlechterverhältnisse. Opladen: Leske und Budrich; 2000:71.
13 Matthiesen S. Sexuelle Entwicklung. In: Brieken P, Berner M (Hrsg.), Praxisbuch sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen. Stuttgart: Thieme; 2013:58.
14 Meuser M. Jungen- und Männlichkeitsforschung. In: Meuser M, Calmbach M, Kösters M, Melcher M, Scholz S, Toprak A. (Hrsg.). Jungen und ihre Lebenswelten – Vielfalt als Chance und Herausforderung. Opladen: Barbara Budrich; 2013.
15 Sigusch V. Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten. Frankfurt M: Campus; 2013.
16 Schmitz S. Geschlecht zwischen Determination und Konstruktion: Auseinandersetzung mit biologischen und neurowissenschaftlichen Ansätzen. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. 2012;1–38.
17 Neubauer G, Winter R. Jungengesundheit in Deutschland. Themen, Praxis, Probleme. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg.), Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. München: Zuckschwerdt; 2010:30.
18 Bremer V, Winkelmann C. Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale. Sexuologie. 2012;19(3–4):93–104.
19 WHO-Regionalbüro für Europa (Hrsg.). Definition »Sexuelle Gesundheit«. 2011 [zitiert am 20.1.2016]. http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition.
20 WHO. Regional strategy on sexual and reproductive health. World Health Organization, Copenhagen (Denmark). 2001 [zitiert am 1.1.2016]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf.
21 Robert Koch Institut. Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI; 2015.
22 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Deutscher Bundestag–16. Wahlperiode. Drucksache 16/12860. Berlin; 2009.
23 Robert Koch Institut. Die gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin: RKI; 2014.
24 Kolip P, Hurrelmann K. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollst. überarb. und erw. Auflage. Bern: Hogrefe; 2016.
25 Bode H, Heßling A. Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; 2015.
26 Winter R. Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher. Eine empirische Studie zur Ableitung von Indikatoren gesunder männlicher Sexualität [Manuskript]. Tübingen; 2016.
27 Harth W, Brähler E, Schuppe HC. (Hrsg.). Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: MWV; 2012.
28 Stier B, Winter R (Hrsg.). Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013.
29 Stich J. Annäherungen an sexuelle Beziehungen. Empirische Befunde zu Erfahrungs- und Lernprozessen von Jungen. In: King V, Flaake K (Hrsg.), Männliche Adoleszenz. Sozialisation und Bildungsprozesse zwischen Kindheit und Erwachsensein. Frankfurt M: Campus; 2005:163–181.
30 Helfferich C. »Das erste Mal« – Männliche sexuelle Initiation in Geschlechterbeziehungen. In: King V, Flaake K (Hrsg.), Männliche Adoleszenz. Sozialisation und Bildungsprozesse zwischen Kindheit und Erwachsensein. Frankfurt M: Campus; 2005:183–203.
31 Winter R, Neubauer G. Körper, Männlichkeit und Sexualität. Männliche Jugendliche machen »ihre« Adoleszenz. In: King V, Flaake K (Hrsg.), Männliche Adoleszenz. Sozialisation und Bildungsprozesse zwischen Kindheit und Erwachsensein. Frankfurt M: Campus; 2005:207–226.
32 Schmidt RB, Sielert U. Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim: Juventa; 2008.

# 2.5 Straight and gay – Anforderungen und Schwierigkeiten in Bezug auf Homosexualität in der männlichen Identitätsfindung

*Stefan Timmermanns*


## Zusammenfassung

Die Jungen- und Männerforschung der letzten Jahre wurde stark von Raewyn Connell's Konzept der hegemonialen Männlichkeit beeinflusst. Männer üben demnach nicht nur Herrschaft über Frauen aus – es gibt auch Hierarchien innerhalb der Gruppe der Männer. Die Lebenssituation schwuler Jugendlicher sowie ihre Identitätsentwicklung wurden in der deutschen Jugendforschung bisher kaum berücksichtigt. Die rechtliche Benachteiligung von Homosexuellen in Deutschland besteht weiter fort. Die Folgen der Stigmatisierung durch die strafrechtliche Verfolgung in der Zeit des Nationalsozialismus sowie nach dem Zweiten Weltkrieg bis 1969 sind zum Teil heute noch erkennbar.

Schwule Jugendliche haben ihr inneres Coming-out durchschnittlich zwischen 13 und 16, ihr äußeres Coming-out mit 17 Jahren. Ihre ersten Erfahrungen mit Sexualität, Beziehung und Partnerschaft machen sie in der Regel mehrere Jahre später als ihre heterosexuellen Geschlechtsgenossen, was sie in ihrer Identitätsentwicklung zurückwirft und wichtige Ressourcen für andere Entwicklungsaufgaben bindet. Nur ein Teil der schwulen Jungen/Männer entspricht dem »verweiblichten« Klischeebild. Sie verhalten sich sowohl rollenkonform als auch rollennonkonform. Viele schwule Jugendliche und Männer machen nach wie vor Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen auf der Arbeit, in der Öffentlichkeit, der Peergroup oder der Schule. Dies führt zu Minderheitenstress und macht sie zu einer besonders vulnerablen Gruppe, was sich negativ auf ihre körperliche und mentale Gesundheit auswirkt. Die Grundlagen für ein negatives Selbstbild werden schon in früher Kindheit durch abwertende Äußerungen über Homosexualität gelegt. Schwule Jugendliche und Männer benötigen Schutz vor Diskriminierung und Ausgrenzung sowie Unterstützung bei der Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls. Dies kann zusätzlich durch gesellschaftliche Anerkennung und gleiche Rechte gefördert werden, stellt aber vor allem eine Aufgabe für die Bereiche Bildung, Gesundheit und Soziales dar. Vielseitige Rollenbilder unterstützen die Identitätsentwicklung und das Selbstbewusstsein sowohl hetero- als auch homosexueller Jungen und Männer. Derzeit werden alle in der Entwicklung ihres individuellen Mannseins eingeschränkt, was Risiken für ihre psychische und physische Gesundheit birgt. Am Ende des Beitrags wird auf best practice-Beispiele in Bildung, Schule, Jugend- und Sozialarbeit sowie in der Gesundheitsförderung verwiesen.

## Summary: Straight and gay: Demands and difficulties in relation to homosexuality in the male identity

Research on men and boys within the last years has been influenced by Raewyn Connel's concept of hegemonic masculinity. Men not only exert power on women – there also exist hierarchies among men. The situation of gay youths and the development of their identity have been neglected in German youth research until now. Legal discrimination of homosexuals in Germany still persists. The consequences of stigmatisation through criminal prosecution during National Socialism and

after World War II until 1969 are still recognizable today to some extend.

Gay youths on average realize their homosexuality between 13 and 16 years and do have their first coming out at the age of 17. They generally experience sexuality, intimate relationship and partnership several years after their heterosexual peers. This throws them back in the development of their identity and limits resources that they need for other tasks during puberty. Only a certain part of gay youths and men corresponds to the stereotype of a »sissy boy«. Some behave conform to gender roles, some don't. Many gay youths and men still have experiences with discrimination and social exclusion at work, in public, in school and among peers. This leads to minority stress and makes them an especially vulnerable group, what influences their physical and mental health in a negative way. The basis of a negative self-perception is established in early childhood through pejorative comments on homosexuality. Gay youths and men need protection against discrimination and exclusion as well as support to establish their self-esteem. This can be encouraged in addition by social acceptance and equal rights, but is mainly a task within the sectors of education, health and social care. Diversity in existing role models helps to develop a positive identity and self-esteem for both – straight and gay boys and men. At present, all boys and men are restricted in developing an individual understanding of manhood, which is a risk for their physical and mental health. The article terminates with a short description of examples of best practice in education, school, youth and social work as well as in health care.

---

## Einleitung

Männliche Identität wird in der Forschung oft als fragil dargestellt. Jungen seien häufig mit der Sicherung ihrer männlichen Identität beschäftigt [1]. Die Geschlechtsidentität bei Jungen sei zudem stark mit der Geschlechtsrollenidentität verbunden: »Ein Junge glaubt, er sei nur ein Junge, wenn er sich wie ein Junge verhalte« [1]. Als wichtige Bereiche männlicher Praxis gelten Sport, Technik und eine heterosexuelle Beziehung. Sport, aber auch die Affinität zu Technik, wird von Jungen bzw. Männern vor allem in exklusiven Gemeinschaften ausgeübt. Diese Homosozialität stellt eine grundlegende symbolische Ressource für die Konstruktion einer heterosexuellen Identität dar. Gleichzeitig birgt sie ein gefährliches Potenzial an Missverständlichkeit: Wer sich als Junge ausschließlich mit Jungen abgibt, macht sich verdächtig, homosexuell zu sein. Diese paradoxe symbolische Bedeutung ist ein Hauptgrund für Jungen, sich vehement von Homosexualität abzugrenzen [2].

In diesem Beitrag soll dargestellt werden, welche Probleme durch Abgrenzung, Ablehnung und Diskriminierung von schwulen Jungen bzw. Männern, sowohl bei der Entwicklung männlicher Geschlechtsidentitäten als auch beim Zusammenleben männlicher Heranwachsender, entstehen. Dazu ist es nötig, Begriffe wie Identität, Geschlechtsidentität und sexuelle Identität bzw. Orientierung sowie ihren jeweiligen Zusammenhang zu klären. Auch ein kurzer Blick auf die rechtliche Lage ist hilfreich, um zu verstehen, wodurch das Leben schwuler Identitäten in Deutschland erschwert wurde bzw. wird. Zunächst soll jedoch ein kurzer Überblick über die Männlichkeitsforschung gegeben werden, um die Relevanz des Themas in der bisherigen Forschung aufzuzeigen.

Einen guten Überblick bietet ein Artikel von Michael Meuser aus dem Bericht des Beirats Jungenpolitik von 2013 [3]. Darin wird deutlich, dass die Männlichkeitsforschung der letzten Jahre stark vom Konzept der »hegemonialen Männlichkeit« von Raewyn Connell beeinflusst wurde. »Männlichkeit« ist diesem Konzept zufolge mit gesellschaftlicher Macht verknüpft, ohne dabei vorauszusetzen, dass sich jeder Mann automatisch in einer

Machtposition befindet. Dominanz und Unterordnung gibt es auch unter Männern. Neben der hegemonialen Männlichkeit, die vor allem durch den weißen, heterosexuellen Mann verkörpert wird, gibt es auch komplizenhafte, untergeordnete und marginalisierte Männlichkeiten, zu denen auch nicht-weiße oder homosexuelle Männer gehören. »Männlichkeit« ist nicht einfach gegeben, sondern wird im alltäglichen Handeln hergestellt und verändert. Die Männlichkeitsforschung lehnt sich mit dieser Vorstellung an das Konzept des *doing gender* an, das in der Sozialisation erlernt wird, um von sich und anderen als männlich oder weiblich wahrgenommen und anerkannt zu werden. Wettbewerb und Konkurrenz unter Männern stellen, so die Annahme, eine zentrale Form von *doing masculinity* dar. In der Jungenforschung der letzten Jahre wird entsprechend danach gefragt, wie Jungen hegemoniale Männlichkeit herstellen, welche Jungen mit welchen Praktiken eine hegemoniale Position gegenüber den anderen einnehmen, aber auch, welcher Druck dadurch auf ihnen lastet. Zudem geht es darum, welche negativen Folgen eine Orientierung am Bild der hegemonialen Männlichkeit für diejenigen haben kann, die dem Ideal nicht gerecht werden, und ob und wie genau Jungen eine männliche Identität erlangen können, ohne andere bzw. deren Männlichkeit abzuwerten. Weitere zentrale Themen stellen die männliche Sozialisation in der Peergroup, Biografieentwürfe, Freundschaftsbeziehungen, Gewalt und Männlichkeit im Kontext von Migration dar [3].

Lange Zeit spielte das Thema Homosexualität in der deutschen Jugendforschung bis auf wenige kleinere, regionale Studien kaum eine Rolle [4]. 2015 hat jedoch das Deutsche Jugendinstitut (DJI) eine große bundesweite Untersuchung zum Coming-out und zur Lebenssituation junger Lesben, Schwuler, Bisexueller und Trans* (LSBT) abgeschlossen und erste Ergebnisse veröffentlicht [5].

Die Einstellung gegenüber einem Verhalten oder einer Lebensweise spiegelt sich auch in den Gesetzen eines Landes wider. Daher wird an dieser Stelle ein kurzer Überblick über die Entwicklung der rechtlichen Situation gegeben. Männliche Homosexualität war seit 1871 in Deutschland unter Strafe gestellt. § 175 des Strafgesetzbuches wurde 1935 von den Nationalsozialisten verschärft und war nach Ende des Zweiten Weltkriegs in der Fassung vor 1935 weiterhin gültig. 1969 wurde er in der BRD dahingehend abgeschwächt, dass für homosexuelle Kontakte unter Männern ein besonderes Schutzalter von 21 Jahren galt. 1988 wurde der § 175 in der DDR abgeschafft. Im Zuge der deutschen Wiedervereinigung wurde er endgültig getilgt [6]. 2001 trat das Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) in Kraft, das gleichgeschlechtlichen Paaren einen Status unterhalb der Ehe einräumt und bei seiner Einführung vor allem Pflichten, aber kaum Rechte beinhaltete. Das LPartG wird umgangssprachlich auch »Homo-Ehe« genannt, womit zwar suggeriert wird, dass es eine völlige Gleichstellung von Homosexuellen in Deutschland gebe, was den Tatsachen aber nicht entspricht. Erst nach 2001 wurde sukzessive mittels einzelner Klagen, die teilweise vor dem Bundesverfassungsgericht und dem Europäischen Gerichtshof verhandelt wurden, eine Gleichstellung im Steuer-, Erb-, Beamten- und Sozialrecht erreicht. Eine gemeinsame Adoption für Lebenspartner_innen ist aktuell in Deutschland nicht möglich. Lediglich die Stiefkind- und die sukzessive Zweitadoption sind erlaubt [6, 7]. Da es sich um Gesetze handelt, die eine gesamte Bevölkerungsgruppe schlechter stellen, kann von einer strukturellen Diskriminierung gesprochen werden. Melanie Steffens sieht hierin auch den Beleg für einen strukturellen Heterosexismus, weil die gesetzlichen Diskriminierungen in diesem Fall eine Aufwertung heterosexueller und Abwertung homosexueller Lebensweisen beinhalten. Diese Diskriminierung und Abwertung hat Auswirkungen auf die Identitätsbildung und führt bei homosexuellen Menschen häufig zu einer Verinnerlichung negativer Einstellungen zur Homosexualität

allgemein und bei sich selbst, die sich in psychischen Belastungen und Problemen äußern können (siehe auch den Abschnitt »Sexuelle Identität und Gesundheit«) [8]. Bei Männern, die ihre Homosexualität vor 1969 entdeckt bzw. gelebt haben, kann davon ausgegangen werden, dass die Strafbarkeit und die damit einhergehende Stigmatisierung einen zusätzlichen negativen Einfluss auf das Selbstwertgefühl ausgeübt haben, was heute noch Folgen für die psychische Gesundheit haben kann.

## Entwicklung der Geschlechtsidentität

Identität wird heute als ein durch Lernprozesse veränderbares subjektives Wissens- und Gefühlskonstrukt verstanden [9]. Meist werden die Geschlechtsidentität und die sexuelle Orientierung als zentral für die sexuelle Identität erachtet:

> »Die sexuelle Identität ist das grundlegende Selbstverständnis der Menschen davon, wer sie als geschlechtliche Wesen sind, wie sie sich selbst wahrnehmen und wie sie von anderen wahrgenommen werden wollen. Der Begriff sexuelle Identität umfasst das geschlechtliche Selbstverständnis (biologisches, psychisches und soziales Geschlecht) sowie die sexuelle Orientierung (Begehren)« [10].[1]

Jüngere Untersuchungen deuten darauf hin, dass Menschen die Übergänge zwischen den Kategorien hetero-, homo- oder bisexuell vermehrt als fließend betrachten. Immer weniger Frauen und Männer in Ostdeutschland definieren sich ausschließlich heterosexuell [11]. Bei den 18- bis 24-jährigen Briten sind es mit 46% fast die Hälfte [12].

Bei heterosexuellen Jugendlichen wird von einer »übernommenen Identität« gesprochen. Die Entdeckung der eigenen sexuellen Orientierung und Integration derselben in das eigene Selbstkonzept stellt in der Regel kein Problem dar:

> »Die Gefühle entsprechen den Erwartungen, das Umfeld bietet genügend Vorbilder und man kann eigentlich direkt dazu übergehen, sich mit Freunden darüber auszutauschen, wie und ob man aktiv werden möchte – die Frage, *ob* man so sein darf, wie man ist und was diese Gefühle bedeuten, stellt sich nicht« [13].

Dagegen muss bei homosexuellen Jugendlichen von einer »erarbeiteten Identität« ausgegangen werden. Bei ca. einem Viertel aller homosexuellen Jugendlichen herrscht anfänglich eine große Identitätsdiffusion, die sich in Verzweiflung und Resignation äußert [5, 14]: »Erst nach einiger Zeit können gleichgeschlechtliche Gefühle zugelassen und exploriert werden, um dann letztendlich eine Festlegung für sich zu treffen, wo man sich auf dem Spektrum der sexuellen Orientierungen verorten möchte« [14]. Andere für diese Lebensphase typischen Entwicklungsaufgaben müssen nachgestellt werden. Schwule Jugendliche machen die Erfahrung von Liebe und der ersten Beziehung im Durchschnitt mehrere Jahre später als heterosexuelle männliche Jugendliche [13]. Sie erleben diese Aspekte der Identitätsfindung in der Regel später und können sie dementsprechend erst später verarbeiten: »Die Aufgabe ›sich selbst zu finden‹ nimmt also Kapazitäten in Anspruch, die heterosexuelle Jugendliche direkt in andere Bereiche investieren können« [13].

Da für die männliche Identität das Geschlechtsrollenverhalten von zentraler Bedeu-

1 Dabei muss die Geschlechtsidentität nicht zwingend bipolar verstanden werden. Wenn von mehr als zwei Geschlechtern ausgegangen wird, stößt das Konzept der »Bisexualität« (von griech. bi = zwei) an seine Grenzen. Auch um geschlechtsunabhängiges Begehren ausdrücken zu können, wird der Begriff »Pansexualität« verwendet (von griech. pan = alle). Dieser Begriff ermöglicht es ebenfalls Trans*- und Inter*-Identitäten mitzudenken [10].

tung ist (s. o.), lohnt ein Blick auf Forschungsergebnisse zu diesem Thema. Die Bandbreite im Rollenverhalten von Jungen vor der Bewusstwerdung ihrer nicht-heterosexuellen Orientierung ist groß. Nicht alle Jungen erfüllen das Stereotyp des rollennonkonformen »sissy-boy« (engl. für »Weichling, weibischer Junge«). Aus dem sportlich, aktiven, gut integrierten Jungen, der Fußball spielt, kann sich ebenso wie aus dem unsportlichen, sanften Einzelgänger, der sich lieber in der Nähe von Mädchen aufhält, ein homosexueller Erwachsener entwickeln. Ängstliche und rollennonkonforme Jungen leiden jedoch stärker unter sozialer Ausgrenzung durch die Peers und ziehen sich deshalb zurück. Sie haben häufig ein geringes Selbstwert- und ein negatives Lebensgefühl, das vermutlich eine Folge ihres Nonkonformismus ist und nicht ihrer späteren Homosexualität. Jungen, die sich in ihrer Kindheit eher rollenkonform verhalten haben, haben später jedoch einen anderen Nachteil: Sie brauchen in der Regel länger, um sich als homosexuell wahrzunehmen und den Schritt in die Öffentlichkeit zu gehen. Dies fällt den »weichen« Jungen leichter, weil sie sich bereits sehr früh als »anders« erlebt haben und sich eher als homosexuell verstehen. Auf den »harten« Jungen lastet meistens sowohl ein enormer sozialer Druck, sich heterosexuell zu verhalten, als auch ein großer innerer Konformitätswunsch. Dies lässt ihnen wenig Raum für das Entdecken ihrer sexuellen Orientierung [15].

Schwule Männer, die eine typisch männliche Sozialisation durchlaufen, stehen vor der Herausforderung, die hegemoniale Männlichkeitskonstruktion verändern zu müssen. Ihr Coming-out beinhaltet daher oft eine Umdefinition von Männlichkeit [16]. Für die Zeit ab 1970 beobachtet Krell eine Maskulinisierung der schwulen Subkultur sowie eine Marginalisierung und Abwertung femininer schwuler Männer. Vorurteile gegenüber effeminierten Männern dienen anderen schwulen Männern zur Absicherung der eigenen Männlichkeit [16]. Auch wenn sich »normale« schwule Männer zum Zweck der Bewertung ihrer Männlichkeit mit ihren heterosexuellen Geschlechtsgenossen vergleichen, grenzen sie sich an einigen Stellen freilich auch bewusst vom Idealbild hegemonialer Männlichkeit ab. Die zunehmende Gleichberechtigung in der Rollenverteilung zwischen Männern und Frauen sowie das Phänomen »Metrosexualität«[2] tragen dazu bei, dass auch schwule Männer ein vielfältigeres, von Geschlechterstereotypen unabhängigeres Verhalten zeigen können [16]. Dies führt vor allem bei jüngeren schwulen Männern zu einer »Pluralisierung schwuler Darstellungsformen, die auch eine Vielfalt an Männlichkeitskonstruktionen« [16] umfasst. Claudia Krell kommt zu dem Schluss, dass das schwule Ideal in weiten Teilen der hegemonialen Männlichkeit entspricht. Die Mehrheit lebt eine Mischform aus traditioneller und emotionaler Männlichkeit [16].

## Coming-out und die Rolle der Peergroup

2015 wurden von Claudia Krell und Kerstin Oldemeier erstmals Ergebnisse einer Studie des DJI veröffentlicht, an der über 5000 LSBT* zwischen 14 und 27 Jahren aus ganz Deutschland teilgenommen haben [5].[3] Der größte Teil der Jugendlichen wird sich der Studie zufolge seiner nicht-heterosexuellen Orientierung (inneres Coming-out) im Alter zwischen 13

**2** Als metrosexuell bezeichnete Männer lassen auch Eigenschaften an sich zu, die traditionell eher als weiblich bezeichnet werden, bzw. zeigen diese auch nach außen.

**3** Eine ausführliche Publikation der Ergebnisse ist in Vorbereitung: Krell C, Oldemeier K. Coming-out – und dann…?! Coming-out-Verläufe und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und queeren Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland, Leverkusen: 2017 (im Druck).

und 16 Jahren bewusst. Mit 17 Jahren reden schwule Jugendliche im Schnitt das erste Mal über ihre sexuelle Orientierung (äußeres Coming-out). Zwischen ihrem inneren und dem äußeren Coming-out vergehen knapp drei Jahre [5]. In dieser Zeit vermeiden sie es in der Regel, über ihre Gefühle zu reden oder als schwul erkannt zu werden, was eine zusätzliche Belastung darstellt. Für viele ist diese Phase auch durch Unsicherheit und Angst geprägt: Sie fürchten Ablehnung durch Freund_innen und/oder Familienmitglieder, aber auch Beleidigungen oder Gewalt. Schule und Ausbildungsplatz stellen sich als ambivalente Orte heraus, weil sie im Einzelfall zwar auch unterstützend wirken können, viel zu oft sind sie aber geprägt durch Ausgrenzung, Mobbing und Diskriminierung, die sowohl von Mitschüler_innen als auch von Lehrkräften ausgehen. Acht von zehn der befragten Jugendlichen berichten davon, mindestens einmal Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erfahren zu haben: »Die Bandbreite reicht von Blicken und Bemerkungen, ›Witzen‹, tradierten Klischees und Vorurteilen über Beleidigungen, Beschimpfungen, Ausschluss aus sozialen Kontexten, rechtlicher und Gesellschaftlicher Benachteiligung bis hin zu Androhung und Umsetzung von Sachbeschädigung und körperlicher Gewalt« [5].[4] Im Sport werden häufig Erwartungen an die Geschlechterrolle sichtbar: »Männliche Jugendliche werden als ›unmännlich‹ und ›schwul‹ verspottet, wenn sie nicht oder nicht gut Fußball spielen bzw. sich nicht für Fußball interessieren. […] Das Nichterfüllen dieser Erwartungen ist vielfach mit Ausgrenzungserfahrungen verbunden« [5].

Die Medien spielen für das Coming-out eine große Rolle. Vor allem das Internet dient als wichtige Informations- und Anlaufstelle. Dort können anonym und heimlich Informationen gesammelt werden. Über unterdrückte und tabuisierte Gefühle kann mit anderen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, ein Austausch stattfinden – nicht wenige finden erstmals hier Worte und Begrifflichkeiten für ihr Empfinden. Vor allem für schwule Jugendliche aus ländlicheren Gebieten ist das Internet mit seinen teilweise geschützten Räumen von großer Bedeutung. Auch die Sichtbarkeit von schwulen Protagonisten in Filmen, Fernsehserien oder medialen Diskussionen, wie zum Beispiel das Coming-out von Thomas Hitzlsperger, werden von vielen Jugendlichen positiv für das innere Coming-out bewertet. Schwierig ist es hingegen für die Jugendlichen aus der unüberschaubaren Flut an Informationen, verlässliche oder seriöse Angebote herauszufiltern. Die gemeinsame Nutzung eines Computers für Internetrecherchen und der damit verbundene mögliche Einblick anderer in den Browserverlauf können ebenfalls problematisch sein [5, 14].

Bei der Sozialisation und Identitätsbildung spielt auch die Peergroup eine wichtige Rolle. Männliche Peergroups zeichnen sich durch eine hohe Wettbewerbsorientierung sowie durch ein ständiges Bedürfnis zur Abgrenzung von Weiblichkeit, Weichheit oder Homosexualität aus [3]. Hinzu kommt, dass Sexualität ein zentrales Thema der Kommunikation in der männlichen Peergroup ist. Für die Mitglieder ist es wichtig, sich als sexuell kompetent und erfahren darzustellen: Auf diese Weise eignen sie sich die heterosexuelle Ordnung ihrer Umwelt an. Dies führt zu stärkeren Repressionen gegen homosexuelle Altersgenossen in der Peergroup als in anderen sozialen Zusammenhängen. Grundsätzlich herrscht dort ein hoher Erwartungsdruck, sich am Ideal der hegemonialen Männlichkeit zu orientieren. Eine Weigerung hat häufig negative Sanktionen bis hin zur Ausgrenzung zur Folge [3]. Beim Umgang der Jungen untereinander leiden diejenigen, die

**4** In einer europäischen Studie berichten vor allem jüngere schwule Männer von verbaler und physischer Gewalt. 59% der unter 20-Jährigen geben an, Opfer symbolischer Gewalt gewesen zu sein, weitere 7% berichten von physischen Gewalterfahrungen [17].

sich nicht stereotyp männlich verhalten, unter dem Druck hegemonialer Männlichkeit. Dies sind neben nicht-heterosexuellen Jungen alle übrigen, die dem männlichen Idealbild nicht entsprechen.

## Sexuelle Identität und Gesundheit

Das männliche Geschlecht steht in Zusammenhang mit einer kürzeren Lebenserwartung, die zum einen auf genetische Gründe, vor allem aber auf ein schlechteres Gesundheitsverhalten zurückgeführt wird [18]. Das Streben nach hegemonialer Männlichkeit hat zusätzlich negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Männern. Das Streben nach Macht, Führung und Verantwortung wird bezahlt mit einem Raubbau an der eigenen Gesundheit: »Die traditionelle Männerrolle ist gesellschaftlich noch sehr oft definiert durch Leistung, Härte, Macht, Distanz, Konkurrenz, Gefühllosigkeit, Unverwundbarkeit, Kampf und Gewalt« [19]. Bei schwulen Jungen und Männern kommt ein weiterer Faktor hinzu: eine erhöhte Vulnerabilität durch Minoritätenstress, also der Stress, der entsteht, wenn man zu einer (abgewerteten) Minderheit gehört.

Auch wenn die jüngste Shell-Jugendstudie zu dem Ergebnis kommt, dass die Akzeptanz unter Jugendlichen in Deutschland gegenüber Homosexuellen zugenommen hat [20], bedeutet das nicht, dass Diskriminierungen aufgrund der sexuellen Orientierung passé sind. Wie oben bereits ausgeführt, ist das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen mit schwuler Identität nach wie vor durch homonegative Stimmungen, Diskriminierung und Gewalt geprägt. Einer aktuellen Studie der Anti-Diskriminierungsstelle des Bundes zufolge, fänden es rund vier von zehn Befragten eher oder sogar sehr unangenehm, wenn ihr Sohn schwul wäre [21]. In einer Internetbefragung durch die Deutsche AIDS-Hilfe gaben ungefähr zwei Drittel der Teilnehmenden an, antihomosexuelle Beschimpfungen erlitten zu haben. Über Erfahrungen mit Gewalt verfügte immerhin noch ein Viertel der Befragten. Die Autoren kommen zu dem Schluss:

> »Gesellschaftliche Homonegativität hat auch bei uns massive Auswirkungen auf die Gesundheit schwuler und bisexueller Männer. Erfahrene Stigmatisierungen begünstigen die Internalisierung von Homonegativität und so die Anfälligkeit für seelische Probleme. Dies wiederum kann die Wahrnehmung gesundheitlicher Dienstleistungen einschränken, kann zu Selbstmedikamentation und unkontrolliertem Drogengebrauch führen. Letztlich ist nicht auszuschließen, dass dies wiederum episodisch oder dauerhaft riskantere Verhaltensweisen begünstigt« [22].

Auf die höhere Vulnerabilität schwuler Jungen und Männer im Vergleich zu ihren heterosexuellen Geschlechtsgenossen wurde in der Fachliteratur mehrfach hingewiesen [24–28]. Grund für diese Verwundbarkeit sind die Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt, die zu internalisierter Homonegativität und geringem Selbstwertgefühl führen können. Die Konsequenzen daraus sind ein erhöhtes Suchtverhalten, vermehrtes Auftreten von psychischen Erkrankungen, bis hin zu einer vier bis sechsfach höheren Suizidrate [24, 27]. Dieses Phänomen ist nicht spezifisch für homo- und bisexuelle Männer, sondern allgemein unter dem Begriff des Minoritätenstress bekannt, das von Ilan H. Meyer [28] entwickelt wurde. Hierbei ist es wichtig hervorzuheben, dass nicht nur erlebte Diskriminierung einen Stressfaktor darstellt, sondern bereits die Furcht vor möglicher Benachteiligung oder das Verbergen der Homosexualität als Strategie um Diskriminierungserfahrungen zu vermeiden [29]. Safren et al. [30] sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer »Syndemie«, womit sie das gehäufte Auftreten mehrerer, unterschiedlicher Erkrankungen bzw. Epidemien in einer marginalisierten Bevölkerungsgruppe ansprechen wollen. Hierzu zählen zum

Beispiel psychische Erkrankungen, Depressionen, Substanzmissbrauch, Infektionen mit HIV und anderen STI. Wolitski et al. [31] haben auf der Basis von empirischen Studien ein theoretisches Modell entwickelt, das erklärt, warum die Grundlagen für diese Syndemien bereits in der Kindheit und Jugend schwuler Männer gelegt werden. Schwule Jungen machen bereits früh Erfahrungen mit Anderssein, Einsamkeit, Marginalisierung sowie Diskriminierungen. Die in der Gesellschaft verbreitete Homophobie wird verinnerlicht und führt zu einem geringeren Selbstwertgefühl. Dazu gesellen sich dann später psychosoziale Probleme, die bei schwulen Männern weiter verbreitet sind als bei heterosexuellen. Die Autoren vertreten daher die Ansicht, dass die Gesundheit von schwulen Männern durch früh erfahrene schwulenfeindliche Gewalt und kulturelle Marginalisierung nachhaltig und lebenslang negativ beeinflusst wird [31].

## Empfehlungen für Praxis, Forschung und Politik

Die Verunsicherungen und Unsicherheiten in der Geschlechtsidentität heterosexueller wie homosexueller Jungen und Männer haben vor allem die Ausgrenzung und Abwertung effeminierter bzw. »weicher« Jungen und Männer zur Folge. Daraus ergibt sich, dass rollennonkonforme Jungen Schutz vor Ausgrenzung und Diskriminierung brauchen. Scheinbar »normale« Jungen, also Jungen, die sich gut an die stereotype männliche Rolle angepasst haben, benötigen dann Hilfestellung, wenn ihre sexuellen Empfindungen als nicht übereinstimmend mit dem gängigen gesellschaftlichen Bild von Homosexuellen erlebt wird. Homosexualität sollte nicht nur eindimensional verstanden oder dargestellt werden, sondern in verschiedenen Facetten, damit allen Jungen Identifikationspersonen zur Verfügung stehen. »Weibliche« Eigenschaften bei Jungen und Männern sollten nicht denunziert werden, auch weil dadurch eine prinzipielle Minderwertigkeit von weiblichem Rollenverhalten oder Frauen vermittelt wird. Die Bildung in Schule und Jugendarbeit könnte hier einen Beitrag zur Stärkung der eigenen Identität leisten. Dies setzt jedoch in dieser Thematik gut aus- bzw. fortgebildete Lehrkräfte sowie ebensolches Personal in der Jugendarbeit voraus.

Jungenarbeit sollte Jungen eine Orientierung dabei geben, wie sie auch jenseits tradierter Formen eine ihnen Sicherheit gebende Identität entwickeln können. Bei dem komplizierten Prozess männlicher Sozialisation brauchen sie Begleitung und Personen, die ihnen bei Schwierigkeiten zur Seite stehen [3]. Nicht nur bei ihrer Identitätsentwicklung brauchen Jungen andere Jungen und Männer als Vorbilder, sondern auch hinsichtlich der Frage, wie der Umgang und Kontakt mit schwulen/queeren Jugendlichen und Erwachsenen im Alltag ohne Abwertung und mit Respekt gestaltet werden kann (Anregungen hierzu in [32]). Jungen sollten zudem mit entsprechenden Ressourcen zur Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben versorgt werden [33]. Orientieren können sich Jungen dann, wenn sie Gelegenheit haben, vielfältige und individuelle Männer- und Frauenbilder kennenzulernen. Daneben braucht es jedoch auch Fähigkeiten wie Selbstreflexion, emotionale und kommunikative Ausdrucksfähigkeit sowie die Fähigkeit, sich bei Problemen Hilfe zu holen. Vor allem bei der Arbeit mit geschlechtshomogenen Jungengruppen gilt es der starken Hierarchisierungstendenz entgegenzuwirken [34].

Schwule Jugendliche bedürfen in der Jungenarbeit zusätzlich einer eigenen Ansprache, weil ihre Bedürfnisse und Themen meist nicht behandelt werden können, ohne eine grundsätzliche Diskussion über Homosexualität zu führen oder die persönliche Lebensführung bzw. Biografie anwesender schwuler Jugendlicher zum Diskussionsgegenstand zu machen.

In einem solchen Setting können persönliche Grenzen oder Schamgefühle Einzelner nur schwer gewahrt werden. Auch in heterosexuellen bzw. gemischten Gruppen sollte jedoch die bipolare, hierarchische und heteronormative Ausrichtung von Geschlechterbildern kritisch hinterfragt werden. Insgesamt gilt es, Homonegativität abzubauen, etwa durch Informationen zu unterschiedlichen Modellen von Familie und Partnerschaft wie zum Beispiel Regenbogenfamilien. Hierbei ist auf eine Gleichbehandlung traditioneller und nichttraditioneller Lebensweisen zu achten [34].

Die Forschungsgruppe des DJI hat aus den Ergebnissen ihrer Studie eine Reihe von Handlungsempfehlungen herausgearbeitet. Darunter findet sich der Ausbau digitaler sexualpädagogischer Medien als Ressource für Informationen, Austausch, aber auch Beratung von schwulen, bisexuellen, lesbischen, trans* bzw. queeren Jugendlichen. Vorhandene Freizeit- und Beratungsangebote für LSBT* sollten weiterentwickelt, ausgebaut und unterstützt werden. Zudem ist es wichtig, realistische und unterschiedliche Rollenvorbilder für die Jugendlichen sichtbar zu machen sowie Fachkräfte in Schulen, Jugend- und Sozialarbeit für die besondere Lebenssituation bzw. Bedürfnisse von LSBT* zu sensibilisieren und zu qualifizieren [5].

Grundsätzlich gilt es auch, die Themen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der sozialwissenschaftlichen Jugendforschung stärker zu berücksichtigen. Auch wenn die Jungen- und Männerforschung der letzten Jahre Homosexualität stärker in den Blick nimmt, braucht es hier weitere Anstrengungen. Es fehlen gesonderte Untersuchungen über schwule/queere Jugendliche, die zum einen ihre Probleme in einer heteronormativen Gesellschaft unter die Lupe nehmen und zum anderen einen Blick auf ihre Umgangsweisen mit Geschlechterbildern und ihre diesbezüglichen Probleme und Ressourcen werfen [34].

Auf struktureller Ebene ist vor allem die Politik gefragt, den Abbau von Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung sowie die gesellschaftliche Anerkennung und Gleichberechtigung von LSBTI* voranzubringen. Dies kann durch den Abbau rechtlicher Benachteiligung erreicht werden. In Deutschland werden gleichgeschlechtliche Paare nach wie vor diskriminiert, da sie nicht heiraten und auch keine Kinder adoptieren können. Die Gleichheit vor dem Gesetz ist insbesondere deshalb wichtig, weil sie verdeutlicht, dass der Staat LSBTI* nicht als Menschen zweiter Klasse betrachtet. Gleiche Rechte für LSBTI* stärken zudem allgemein die Menschen- sowie die sexuellen und reproduktiven Rechte und damit zugleich auch die Gesundheit ehemals Diskriminierter. Durch die rechtliche Anerkennung von LSBTI* erwächst gesellschaftliche Akzeptanz sowie ein erhöhtes Selbstwertgefühl, was sich wiederum positiv auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirkt sowie auf die Bereitschaft, sich und seinen Körper zu schützen.

### Best-Practice Modelle für Prävention, Gesundheitsförderung, Information, Bildung und Aufklärung

Bei der Umsetzung der zuvor genannten Empfehlungen in die Praxis können die im Folgenden genannten Best-Practice-Beispiele als Anregung dienen. Das Projekt »genderloops«, das in Deutschland, Spanien, Norwegen, der Türkei und Litauen durchgeführt wurde, setzt in der frühkindlichen Bildung an und unterstützt Kindertagesstätten sensibel dabei, mit dem Thema Geschlecht umzugehen. Dabei geht es um einen fairen Umgang der Erzieher_innen mit Mädchen und Jungen, aber auch der Kinder untereinander. Manchmal zeigt sich im Kindergarten, dass nicht alle Jungen ein geschlechtstypisches Verhalten zeigen. Das vom Projekt entwickelte Praxishandbuch und ein Curriculum unterstützen einen Reflexionsprozess bei den Fachkräften und bieten Methoden, um das unterschiedliche Verhalten

von Jungen und Mädchen mit den Kindern zu thematisieren.[5]

In eine ähnliche Richtung geht der Ansatz der Vorurteilsbewussten Bildung und Erziehung, der neben Differenzmerkmalen wie Geschlecht, Ethnie, Religion oder Behinderung auch die Vielfalt der Familien- und Lebensformen in den Herkunftsfamilien der Kinder thematisiert. Dazu gehören auch Familien mit zwei Müttern oder zwei Vätern. Kinder ab sechs Jahren können zudem für die Benachteiligungen anderer Kinder sensibilisiert werden und mit den Erzieher_innen überlegen, was gemeinsam gegen die erkannten Ungerechtigkeiten getan werden kann.[6]

Auch sexualpädagogische Ansätze versuchen Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung zu berücksichtigen und zu bekämpfen. Hier ist zum einen der Ansatz der menschenrechtsbasierten Sexualpädagogik von pro familia zu nennen, der vor allem die Themen Ethnie, Geschlecht und sexuelle Orientierung berücksichtigt.[7] Vor allem methodisch-didaktische Anregungen, nicht zuletzt aber auch Hintergrundinformationen, bieten die umfangreichen Methodensammlungen »Sexualpädagogik der Vielfalt« [35] sowie die Handreichung »i-Päd« der Initiative Intersektionale Pädagogik.[8]

Das Variablenmodell des »balancierten Jungeseins« von Winter und Neubauer [36], erweitert von Sielert [37] hilft dabei, Jungen auch mit ihren Ressourcen und nicht nur als »Problemverursacher« wahrzunehmen. Zudem ermöglichen einige der 16 Aspekte des Modells auch die Integration von weiblich konnotierten Verhaltensweisen sowie die Reflexion des Umgangs mit dem gleichen Geschlecht.

Lesbisch-schwule und queere Aufklärungsprojekte wie zum Beispiel SCHLAU bieten persönliche Begegnungen mit jungen LSBT* und helfen Vorurteile und homonegative Einstellungen zu verringern [38,39].[9]

> »Darüber hinaus sind schulische und andere pädagogische Materialien wie auch öffentlichkeitswirksame Kampagnen dahingehend weiterzuentwickeln, dass queere Lebensweisen als selbstverständlicher Bestandteil des Alltags begriffen und dargestellt werden, anstatt queere Menschen nur verbesondernd als Adressat/innen einer Toleranz- und Fürsorgenotwendigkeit darzustellen« [34].

Die sexuelle und psychische Gesundheit von Männern, die Sex mit Männern haben, steht im Zentrum des Projekts »Ich weiß, was ich tu« der Deutschen AIDS-Hilfe. Auf deren Homepage vermitteln »Rollenmodelle« im Internet sowie auf CSD-Festen und anderen Szene-Events, Präventionsbotschaften rund um die Themen Sexualität, HIV/Aids, STI, Drogenkonsum und psychische Gesundheit.[10]

Da Sport und insbesondere Fußball eine besondere Rolle bei der Identitätsentwicklung von (schwulen) Jungen hat (s. o.), sei zuletzt noch das Projekt »Fußball für Vielfalt« der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld genannt, das in Kooperation mit der Universität Vechta sowohl Forschung zu diesem Thema betreibt als auch Bildungsangebote in Form von pädagogisch-didaktischen Maßnahmen für Aus- und Fortbildende anbietet.[11]

---

**5** Praxisbuch, Curriculum und weitere Informationen finden sich unter www.genderloops.eu/de.

**6** Über die Fachstelle Kinderwelten können nähere Informationen zu diesem Ansatz sowie Fortbildungen und Publikationen recherchiert werden: www.situationsansatz.de/fachstelle-kinderwelten.html

**7** Die Broschüre »Jetzt erst Recht« findet sich unter http://shop.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/BV_Jetzt_erst_RECHT_2012.pdf.

**8** Die Handreichung kann heruntergeladen werden unter http://ipaed.blogsport.de/materialien/

**9** 2014 hat sich der bundesweite Dachverband Queere Bildung e. V. gegründet, auf dessen Homepage (http://queere-bildung.de) regionale Aufklärungsprojekte gefunden werden können.

**10** Die Internetplattform der Kampagne ist unter der Adresse www.iwwit.de zu erreichen.

**11** Siehe auch www.fussball-fuer-vielfalt.de/initiative/bildung/.

## Literatur

1 Dammasch F. Die Angst des Jungen vor der Weiblichkeit. Gedanken zu den Klippen männlicher Identitätsentwicklung. In: Dammasch F, Metzger HG, Teising M (Hrsg.), Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen. Frankfurt/Main: Brandes und Apsel; 2009:15–32.
2 Jösting S. Jungenfreundschaften. Zur Konstruktion von Männlichkeit in der Adoleszenz. Wiesbaden: VS Verlag; 2005:305f.
3 Meuser M. Jungen- und Männlichkeitsforschung. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Jungen und ihre Lebenswelten – Vielfalt als Chance und Herausforderung. Bericht des Beirats Jungenpolitik. Berlin: 2013:33–57.
4 Sielert U, Timmermanns S. Expertise zur Lebenssituation schwuler und lesbischer Jugendlicher in Deutschland. Eine Sekundäranalyse vorhandener Untersuchungen. Wissenschaftliche Texte des Deutschen Jugendinstituts, München: 2011.
5 Krell C, Oldemeier K. Coming-out – und dann…?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 2015 [zitiert am 8.1.2016]. http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/DJI_Coming-out_Broschuere_barrierefrei.pdf.
6 Lücke M. Zur Einführung: Eine kleine Geschichte zur Sexualität und Geschlecht. [zitiert am 5.5.2016] http://queerhistory.de/sites/default/files/download/pdf/zur_einfuehrung-_eine_kleine_geschichte_zu_sexualitaet_16072014.pdf.
7 Seite »Lebenspartnerschaftsgesetz«. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. [zitiert am 5.5.2016]. https://de.wikipedia.org/wiki/Lebenspartnerschaftsgesetz.
8 Steffens M. Diskriminierung von Homo- und Bisexuellen. APuZ. 2010;15–15:14–20.
9 Sielert U. Einführung in die Sexualpädagogik. 2. Auflage. Weinheim: Beltz; 2015.
10 Bildungsinitiative Queerformat und Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg. Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Handreichung für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: 2012:95.
11 Weller Konrad (Hrsg.). Jugendsexualität 2013. PARTNER 4 – Sexualität und Partnerschaft ostdeutscher Jugendlicher im historischen Vergleich. Handout zum Symposium an der HS Merseburg am 23. Mai 2013:6 [zitiert am 30.1.2015]. http://www.ifas-home.de/downloads/PARTNER4_Handout_06%2006.pdf.
12 You Gov. You Gov Survey Results.2015. [zitiert am 11.9.2015] https://d25d2506sfb94s.cloudfront.net/cumulus_up- loads/document/7zv13z8mfn/YG-Archive-150813-20Sexuality.pdf.
13 Watzlawik M. Homo-, bi oder heterosexuell? Identitätsfindung in, zwischen und außerhalb der Norm. Zeitschrift für Inklusion. 2014;3 [zitiert am 7.1.2016]. http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/227/225.
14 Watzlawik M. Uferlos? Jugendliche erleben sexuelle Orientierungen. Norderstedt: Books On Demand; 2004.
15 Grossmann T. Prä-homosexuelle Kindheiten. Eine empirische Untersuchung über Geschlechtsrollenkonformität und -nonkonformität bei homosexuellen Männern in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter [Dissertation]. Universität Hamburg, 2000 [zitiert am 6.1.2016]. http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/frontdoor.php?source_opus=175.
16 Krell C. Das Männerbild von Lesben und Schwulen. In: Baur N, Luedtke J (Hrsg.), Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland. Opladen: Verlag Barbara Budrich; 2008:265–286.
17 Bochow M, Lenuweit S, Sekuler T, Schmidt AJ. Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010. In: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.), Aids-Forum Band 60. Berlin: 2011.
18 Hinz A. Jungen- und Männergesundheit aus evolutionspsychologischer Perspektive. In: Blomberg C, Neuer N (Hrsg.). Männliche Selbstvergewisserung im Sport. Beiträge zur geschlechtssensiblen Förderung von Jungen. Wiesbaden: Springer VS; 2015:77–96.
19 Venth A. Was hat Männlichkeit mit Bildung zu tun? Studie zum Verhältnis zwischen dem hegemonialen Männerbild und einem lebensbegleitenden Lernen. DIE, texte-online. 2011 [zitiert am 7.1.2016]. http://www.die-bonn.de/id/9170.
20 Shell Deutschland (Hrsg.). Jugendstudie. Zusammenfassung.2015 [zitiert am 1.1.2016]. http://s01.static-shell.com/content/dam/shell-new/local/country/deu/downloads/pdf/shell-jugendstudie-2015-zusammenfassung-de.pdf.
21 Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). Einstellungen gegenüber Lesben, Schwulen und Bisexuellen in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Berlin: 2017.
22 Sander D, Kruspe M. Wie geht's Euch? – Seelische Gesundheit bei schwulen und bisexuellen Männern, Fakten-Check 1/2013. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.; 2013.
23 Sander D. Man kann's therapieren, aber man wird's nie los – Kontexte von HIV-Infektionen bei jüngeren schwulen Männern in Deutschland. In: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hrsg.), Aids-Forum. 2006;Band 50.

24 Plöderl M, Kralovec K, Fartacek R. Homosexualität als Risikofaktor für Depressionen und Suizidalität bei Männern. Blickpunkt der Mann. 2009;7(4):28–37.
25 Timmermanns S. Sehnsucht nach Wärme in kalten Zeiten. Forschungsergebnisse und Betrachtungen zur Lebenssituation schwuler Jugendlicher in Deutschland. In: BZgA (Hrsg.), Forum Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung, 2013;1:23–26.
26 Wilke T, Timmermanns S. HIV-Prävention, sexuelle Vielfalt und Diversity. In: Huch S, Lücke M (Hrsg.), Sexuelle Vielfalt im Handlungsfeld Schule. Konzepte aus Erziehungswissenschaft und Fachdidaktik. Bielefeld: transcript Verlag; 2015:257–274.
27 Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y, Finch BK, Muennig P, Fiscella K. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. Social Science & Medicine. 2014;103:33–41.
28 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin. 129 (2003);5:674-697.
29 Göth M, Kohn R. Sexuelle Orientierung in Psychotherapie und Beratung. Berlin: Springer; 2014:28ff.
30 Safren SA, Reisner SL, Herrick A, Mimiaga MJ, Stall RD. Mental Health and HIV Risk in Men Who Have Sex with Men. Journal of Acquired Immune Deficency Syndrome. 2010;55 Suppl. 2:74–77.
31 Wolitski RJ, Stall R, Valdiserri RO. Unequal Opportunity: Health Disparities Affecting Gay and Bisexual Men in the United States. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
32 Timmermanns S. Echte Kerle haben (keine) Angst vor Schwulen! Wie die Jungenarbeit auf die verbreitete Aggression dem Schwulsein gegenüber reagieren kann. BZgA (Hrsg.), Forum Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung, 2008;1:18–21.
33 Winter R, Neubauer G. Kompetent, authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen. Eine qualitative Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: BZgA; 1999.
34 Calmbach M, Debus K. Geschlechtsbezogene Differenzen und Gemeinsamkeiten unter Jugendlichen verschiedener Lebenswelten. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Jungen und ihre Lebenswelten – Vielfalt als Chance und Herausforderung. Bericht des Beirats Jungenpolitik. Berlin: BMfFSFJ; 2013:58–114.
35 Tuider E, Müller M, Timmermanns S, Bruns-Bachmann P, Koppermann C. Sexualpädagogik der Vielfalt. Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2012.
36 Winter R, Neubauer G. dies und das. Das Variablenmodell »balanciertes Junge- und Mannsein« als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern. Tübingen: Neuling Verlag; 2001.
37 Sielert U. Jungenarbeit. Praxishandbuch für die Jugendarbeit Teil 2. 3. Auflage. Weinheim: Juventa; 2002.
38 Timmermanns S. Keine Angst, die beißen nicht! Evaluation schwul-lesbischer Aufklärungsprojekte in Schulen. Norderstedt: Books on Demand; 2003.
39 Klocke U. Akzeptanz sexueller Vielfalt an Berliner Schulen. Eine Befragung zu Verhalten, Einstellungen und Wissen zu LSBT und deren Einflussvariablen. Berlin: 2012.

# 2.6 Grundlagen sexualpädagogischen Arbeitens mit männlichen Kindern und Jugendlichen

*Thomas Viola Rieske & Bernard Könnecke*

**Zusammenfassung**
Sexualpädagogische Arbeit mit Jungen* kann sich für geschlechterreflexive Impulse auf das Diskussions- und Praxisfeld der Jungen*arbeit beziehen, welches sich in den vergangenen fast 40 Jahren herausgebildet und ausdifferenziert hat. Zentrale Fragen in diesem Arbeitsansatz sind: Wer gilt als Junge* bzw. wer kann mit ihnen sexualpädagogisch arbeiten? Welche Vorstellungen von Geschlecht werden zugrunde gelegt? Welcher pädagogische Ansatz wird gewählt? Neben einer Darstellung aktueller Entwicklungen plädiert dieser Beitrag für eine Sexualpädagogik mit Jungen*, die an der Vielfalt von Männlichkeiten und an der Entlastung von Männlichkeitsnormen orientiert ist. Zentral sind dabei die Vermittlung von sprachlichen Kompetenzen und von Wissen über den eigenen Körper, ein über das Thema Reproduktion/Fortpflanzung hinausgehendes Verständnis von Sexualpädagogik, die Anerkennung der Mehrfachzugehörigkeit und Vielfalt von Jungen* sowie die kritische Reflexion von Männlichkeitsnormen, welche die Entwicklung einer lustvollen, partnerschaftlichen und befriedigenden Sexualität behindern.

**Summary: Basics of socio-pedagogical work with male children and adolescents**
Sex education with boys can draw important insights from boyswork, a field of discourse and practice that has emerged and developed in the last 40 years. Central points of discussion in this field are: Who counts as boy and who should be doing sex education with them? What concept of gender is assumed? What kind of pedagogical approach is right? This contribution describes recent developments and proposes an idea of sex education with boys that is oriented at the diversity of boys and at relieving them from norms of masculinity. The main aspects of such an approach are teaching boys communication skills and knowledge about their bodies, addressing topics beyond reproduction, recognizing multiple social positions of boys, and reflecting norms of masculinity that hinder boys in developing a joyful, relational and satisfying sexuality.

---

## Einleitung und begriffliche Klärungen

Mit *Jungen*arbeit* werden geschlechterreflektierte Formen der Arbeit zumeist männlicher Fachkräfte mit männlichen Kindern oder Jugendlichen in Pädagogik (jenseits von Fachunterricht) und Sozialer Arbeit bezeichnet, die sich seit den 1970er Jahren in Reaktion auf die Entstehung feministischer Mädchenarbeit und die zunehmende Wahrnehmung eines Bedarfs nach geschlechterreflektierten Bildungsangeboten für Jungen*[1] herausgebildet haben [1]. Inzwischen ist Jungen*arbeit ein etablierter Ansatz pädagogischer Arbeit, der Jungen* und junge Männer* im selbstbestimmten und eman-

1 Mit dem Sternchen in Ausdrücken wie »Jungen*«, »Jungen*arbeit« oder »Autor*innen« soll die Vielfältigkeit geschlechtlicher Seins- und Lebensweisen und die Uneindeutigkeit geschlechtlicher Kategorien verdeutlicht werden. Lediglich bei Eigennamen (»BAG Jungenarbeit«) verzichten wir darauf.

zipatorisch-kritischen Umgang mit Geschlecht und Männlichkeit(sanforderungen) und in der Entwicklung zu reflexiven und partizipativen Persönlichkeiten unterstützen will [2].

*Sexualpädagogische Jungen*arbeit* bezieht das Kernanliegen von Jungen*arbeit auf die Themen Sexualität sowie sexuelle und geschlechtliche Identität. Sie versucht, Jungen* in der Entwicklung einer sexuellen Handlungsfähigkeit zu begleiten, die von einem kompetenten und achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper und den Körpern Anderer gekennzeichnet ist und damit zum Wohlbefinden beiträgt und Schäden für sich und andere vermeidet. Allerdings hat es in der Jungen*arbeit lange Zeit eine Dominanz von Präventionslogiken gegeben: Nicht die Selbstgefährdung, sondern eher Fremdgefährdungen standen und stehen immer wieder im Fokus pädagogischer Diskurse und Praktiken mit Jungen*. Ressourcenorientierte Vorgehensweisen, die analog zu salutogenetischen Ansätzen nicht die Vermeidung von Defiziten, sondern die Förderung von Stärken in den Mittelpunkt rücken, hatten und haben demgegenüber immer noch einen nachrangigen Status. Dies hängt auch mit gesellschaftlichen Diskursen über Jungen* zusammen, welche auf Gefährdungen und Risiken fokussieren und den Rahmen bieten, in welchem Jungen*arbeit ihre Aufträge erhält. Die folgende Darstellung des Stands sexualpädagogischer Jungen*arbeit als Beitrag zur Gesundheit männlicher Jugendlicher ist daher Beschränkungen unterworfen, da salutogenetische, das heißt auf Gesundheit fokussierende Ansätze im Diskurs noch ausbaufähig sind.

## Grundlegende Fragen der Jungen*arbeit – Stand der Entwicklung und Diskussion

### Kategorienfragen

Eine erste zentrale Frage der Jungen*arbeit ist, wer an ihr teilnehmen darf und soll. Vielfach – und ganz besonders beim Thema Sexualität – wird Jungen*arbeit als Raum ohne Mädchen und Frauen konzipiert. Es wird davon ausgegangen, dass eine Anwesenheit von Frauen und Mädchen zu einem Druck auf Jungen* führt, sich als männlich zu beweisen. Die Abwesenheit weiblicher Personen führt nach Ansicht vieler Autor*innen dazu, dass Jungen* von diesem Druck entlastet sind und Themen ansprechen und Fragen stellen, die für sie heikel sind. Damit verknüpft ist die Annahme, dass Männer* auch eher als Frauen dazu in der Lage sind, sich in Jungen* hineinzuversetzen. Als weiterer Vorteil eines auf männliche Personen beschränkten Settings wird gesehen, dass der bewusste Kontakt zwischen Jungen* und Männern* das Erfahrungs- und Handlungsspektrum von Jungen* erweitern kann, indem diese verschiedene Männlichkeiten real erleben können und dabei erfahren können, dass auch Männer* ihnen zugewandt und offen begegnen [3].

Es gibt jedoch auch kritische Einwände gegen die These einer Notwendigkeit geschlechtshomogener Räume. Zunächst einmal bedeuten sie für Heranwachsende wie auch für Fachkräfte, sich im zweigeschlechtlichen Raster verorten zu müssen, sodass trans* und inter* Jugendliche und Fachkräfte marginalisiert werden. Gemischtgeschlechtliche Räume haben zumindest das Potenzial, von dieser Zuordnung zu entlasten. Demgegenüber gilt die homosoziale Gruppe als wesentlicher Ort der Herausbildung eines männlichen Habitus, insofern spielen (auch) in Jungen*gruppen Männlichkeitsdruck, Konkurrenz und Ein- und Ausschlüsse in Bezug auf Männlichkeit eine wichtige Rolle [4]. Bezüglich des Geschlechts von Fachkräften wird argumentiert, dass ein zu starker Fokus auf Geschlecht als Qualifizierungsmerkmal zur Vernachlässigung anderer Ansprüche an pädagogische Professionalität führt [5] und Zugehörigkeiten jenseits von Geschlecht dethematisiert [6]. Auch an der These, dass männliche Fachkräfte gegenüber Jungen* eine freundlichere und empathischere Haltung einnehmen als

weibliche Fachkräfte, sind zumindest Zweifel angebracht – eine Expert*innenbefragung fand durchaus auch defizitäre Sichtweisen auf Jungen* unter männlichen Fachkräften [7]. Auch kann es je nach Fragestellung und biografischem Hintergrund – etwa nach Gewaltwiderfahrnissen, die durch Männer* ausgeübt wurden – für Jungen* bedeutsam sein, von Frauen unterstützt zu werden. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Bevorzugung von Männern* als Begleiter* der Auseinandersetzung von Jungen* mit Geschlechterfragen nicht immer subjektorientiert.

Sinnvoll erscheint es demgegenüber, Jungen* pädagogische Begegnungen mit Fachkräften verschiedener Geschlechtszugehörigkeiten und Lebensweisen zu ermöglichen (wobei angesichts der gegenwärtigen Geschlechterverteilungen im pädagogischen Personal zweifelsohne eine Erhöhung des Männer*anteils wünschenswert ist). Räume, die eine Begegnung nur zwischen männlichen Personen ermöglichen, können durchaus sinnvoll sein – allerdings sollte es dabei einen bewussten Umgang mit der zweigeschlechtlichen Ordnung geben.

Denn genauere Ausführungen dazu, was ein Junge* ist, gibt es in der Jungen*arbeit selten. Häufig wird von einer selbstverständlichen Anwendbarkeit dieser Kategorie ausgegangen und implizit an cisgeschlechtliche Jungen* gedacht, das heißt an Personen, die körperlich und psychisch männlich sind. Trans* und inter* Lebensweisen kommen nur in wenigen Programmatiken der Jungen*arbeit vor. Lediglich vereinzelt wird die Frage diskutiert, wie trans* Personen, die bisher eher in Beratungskontexten Zugang zu Jungen*arbeit finden, eine Teilnahme an Gruppenformaten in der Jungen*arbeit ermöglicht werden könnte [2, 8]. Dem entspricht, dass die Vielfalt von Jungen* nur in beschränktem Maße anerkannt wird. Dass es längst Jungen* gibt, die sich von Männlichkeitsnormen abwenden (wollen) und in ihrem Sein, in ihren Bedürfnissen Stärkung suchen, kommt häufig nicht zum Vorschein. In Bezug auf das Thema Sexualität sind hier insbesondere heteronormative Tendenzen von Bedeutung. Sowohl in Konzepten als auch in der praktischen Umsetzung ist immer wieder zu beobachten, wie implizit von einer heterosexuellen Orientierung von Jungen* ausgegangen wird. Es ist zwar nicht so, dass nicht-heterosexuelle Lebensweisen explizit abgelehnt werden – so wird etwa in vielen Programmatiken zur Jungen*arbeit eine kritische Auseinandersetzung mit Homophobie nahegelegt und gefordert, Jungen* ein breites Handlungsspektrum aufzuzeigen. Hier sind Ansätze für eine Enthierarchisierung und Inklusion von unterschiedlichen Lebensweisen zu beobachten, durch die Jungen* von dem Druck entlastet werden sollen, eine bestimmte Männlichkeit zu entwickeln. Die kulturelle Marginalisierung von »Unmännlichkeit« wird aber auch dann reproduziert, wenn nicht-heterosexuelle Lebensweisen sowie geschlechtliche Grenzgänger* nicht mitgedacht werden und die solidarisch-kritische Arbeit mit an hegemonialer Männlichkeit orientierten Jungen* im Vordergrund steht, nicht aber die stärkende Arbeit mit jenen Jungen*, die sich damit nicht identifizieren. Für die sexualpädagogische Praxis wäre es jedoch wichtig, sich der Vielfalt von Jungen* bewusst zu sein und beispielsweise davon auszugehen, dass Jungen* unterschiedliche Geschlechtsorgane haben können. Denn gerade für trans* Jungen* dürfte es schwierig sein, in einem weitgehend heteronormativen Kontext die Fragen zu stellen, die für sie relevant sind.

Hinsichtlich Zugehörigkeitskategorien jenseits von Geschlecht finden sich in Diskursen über Jungen*arbeit immer wieder Berücksichtigungen insbesondere von Migrationsgeschichte, sexueller Orientierung, sozialer Lage und vereinzelt auch Beeinträchtigung/Behinderung [9, 10, 11]. Zugleich kann nicht von einer durchgängigen Anerkennung der Mehrfachzugehörigkeit von Jungen* gesprochen werden, denn insbesondere in Bezug auf Sexualpädagogik steht eine intersektionale Programmatik noch immer aus [bezüglich des Themas »Jungen*arbeit und Intersektionalität« siehe 12].

## Verständnis von Geschlecht und Männlichkeit

Neben der Kategorienfrage steht Jungen*arbeit zweitens vor der Aufgabe, ein Verständnis von Geschlecht und Männlichkeit zu entwickeln. Diesbezüglich lassen sich im Diskurs über Jungen*arbeit drei Modelle identifizieren, die sich dahingehend unterscheiden, in welchem Maße sie Geschlecht als festgelegt annehmen (ist Männlichkeit eine kulturell oder biologisch fest bestimmte Tatsache oder gibt es verschiedene, sozial auszuhandelnde Männlichkeitsvorstellungen?) und in welchem Maße sie männliche Identität als unproblematisch betrachten (identifizieren sich Jungen* mit den an sie herangetragenen Männlichkeitsvorstellungen und wollen sie erfüllen oder haben sie ein ambivalentes Verhältnis zu diesen Vorstellungen und nutzen Möglichkeiten der reflexiven Distanzierung?).

Einige Ansätze beinhalten die Vorstellung, dass Jungen* dazu bestimmt sind, »männlich« zu werden und darin begleitet werden sollten, ihren (in der Evolution des Menschen entstandenen) geschlechtstypischen Neigungen nachzugehen. Der aktuellste dieser Ansätze [13] verknüpft dieses Modell mit der These einer Benachteiligung von Jungen* durch eine kulturelle Feminisierung. Im Diskursfeld der Jungen*arbeit sind solche Sichtweisen marginalisiert, da sie nicht der Vielfalt von Jungen* und Männlichkeiten gerecht werden und eine kritikwürdige Überbetonung von Schwierigkeiten männlicher Lebenslagen bei Dethematisierung männlicher Privilegien beinhalten. Ein zweites Modell findet sich in sozialpädagogisch orientierten Ansätzen, nach denen Jungen* zwar dazu bestimmt sind, »männlich« zu sein und Männer* zu werden, die die Ausgestaltung dieser Bestimmung jedoch als offen ansehen. Diese Sichtweise wird vor allem von identitätsorientierten Autor*en vertreten, die Jungen* zur Entwicklung einer männlichen Identität verhelfen wollen und das Hauptproblem von Jungen* in der Pluralisierung von Möglichkeiten der männlichen Identitätsentwicklung bei gleichzeitiger Abwesenheit männlicher Bezugspersonen und Vorbilder sehen [10]. Dieser Ansatz stellt eine Ressource in der Involvierung von Männern* in die pädagogische Arbeit mit Jungen* dar, ist jedoch in der implizit vertretenen Anforderung an Jungen*, Männer* zu werden, also hinsichtlich des Fokus auf die Relation »Junge-Mann«, auch kritikwürdig [14]. Deshalb vertreten identitäts- und männlichkeitskritische Ansätze in einem dritten Modell die Sichtweise, dass Jungen* gesellschaftlich zur Entwicklung einer männlichen Identität gedrängt werden, deren Elemente in ihren problematischen Effekten für Jungen* und deren Umfeld kritisch betrachtet werden sollen [4]. Auch in Beiträgen, die sich von einer Dekonstruktion von Männlichkeit distanzieren, aber für eine Trennung zwischen Junge-Sein, verstanden als die Gesamtheit der vielfältig gelebten Praktiken von Jungen*, und Männlichkeit, verstanden als kulturelles Ideal, plädieren, findet sich dieses Modell [15]. Entgegen der teilweise geäußerten Kritik, dass dieses Modell zu radikal orientiert und nicht praktikabel sei, findet es inzwischen nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Anerkennung der Vielfalt von Jungen* und Männlichkeiten Akzeptanz im Feld der Jungen*arbeit [2].

## Korrektur- vs. Unterstützungspädagogik

Aus den drei beschriebenen Modellen ergeben sich verschiedene Zielsetzungen der Jungen*arbeit: entweder die Unterstützung in der Realisierung der männlichen Bestimmung bzw. in der Entwicklung einer männlichen Identität oder eine Kritik an und Entlastung von Männlichkeitsnormen. Mit Blick auf die Umsetzung dieser Ziele gibt es wiederum Diskussionen, in denen es um die angemessene pädagogische Haltung zu bzw. die Bezugnahme auf Jungen* geht. Häufig grenzen sich Autor*innen von einer *Korrektur- oder Defizitpädagogik* ab. Sie rücke die Probleme in den Vordergrund, die Jungen* anderen Personen bereiten und ziele dar-

auf, diese Probleme durch die Kritik der Verhaltensweisen von Jungen* und eine entsprechende Vermittlung neuer Verhaltensschemata zu beheben. Kritisiert wird an einer solchen Haltung erstens, dass dabei die Probleme aus dem Blick geraten, die die Adressaten* selbst haben, zweitens, dass hierbei vorwiegend auf Problematisches statt (auch) auf Gelungenes geblickt wird, drittens, dass die Adressaten* generalisiert werden und viertens, dass dieses pädagogische Modell eine Anpassung an vorgegebene Normen impliziert. Dem wird eine *Sorgepädagogik* gegenübergestellt, die von einer Kultur des Dahinter-Blickens gekennzeichnet ist und »durch die vielen verfremdeten und unproduktiven Äußerungsformen männlicher Stärken hindurchsieht und Hilfen zu ihrem produktiven und identitätsstärkenden Ausdruck anbietet« [3]. In diesem Vorschlag sehen andere Autor*innen jedoch wiederum eine vorwiegend parteiliche und verstehende Haltung, die zu einem Verzicht auf Kritik und Konfrontation führe. Stattdessen sollten Pädagog*innen Jungen* *kritisch-solidarisch* begegnen und eine Haltung des »Sowohl-als-Auch« einnehmen: Gelingendes und Problematisches, von Jungen* erfahrene und von Jungen* verursachte Probleme sollen gleichermaßen thematisiert werden [10]. Des Weiteren wird über die grundsätzliche Rolle von Normen diskutiert und von einigen Autor*innen empfohlen, dass sich Pädagog*innen in einer/der Rolle von Begleiter*innen oder Schrittmacher*innen von Entwicklung sehen und in diesem Sinne eine Art *Verhandlungspädagogik* realisieren sollten [16].

## Forschungsstand

Jungen*arbeit wird durch zahlreiche Leitlinien und Vernetzungen auf Landes- und Kommunalebene und damit verbundene Finanzierungen sowie Fortbildungsangebote unterstützt, ist zugleich aber aufgrund fehlender flächendeckender Finanzierung und fehlenden Einsatzes insbesondere aufseiten männlicher Fachkräfte weiterhin verbesserungswürdig [17]. Über die Verbreitung von Angeboten, Inhalten und Methoden sexualpädagogischer Jungen*arbeit gibt es keine aktuellen Erkenntnisse. Vielmehr besteht – wie auch in Bezug auf Jungen*arbeit insgesamt – eine diesbezügliche Forschungslücke, sodass die folgende Darstellung teils auf älterer Literatur, auf Untersuchungen mit kleiner Reichweite oder aber auf Studien basiert, die allgemein auf Jungen*arbeit bezogen sind (d. h. nicht auf Sexualpädagogik fokussiert) [14, 17, 18, 19]. Die wenigen existierenden Untersuchungen zu (sexualpädagogischer) Jungen*arbeit lassen vermuten, dass diese einerseits deutschlandweit zu finden ist, ihre Angebotsdichte jedoch der Bevölkerungsdichte entspricht, sodass Angebote in östlichen Bundesländern und ländlichen Gegenden seltener zu finden sind. Am verbreitetsten scheinen Angebote zu sein, bei denen Beratungsstellen oder andere schulexterne Akteur*innen mit Schulklassen arbeiten und die für die Teilnehmer*innen und Auftraggeber*innen kostenlos sind oder von diesen mit kleineren Beiträgen bzw. Zuschüssen mitfinanziert werden [18]. Die personelle Durchführung geschieht vorwiegend durch Männer* [18]. Zum Migrationshintergrund oder anderen sozialen Merkmalen des Personals geben bisherige Studien keine Auskünfte. Nach einer allerdings bereits über zehn Jahre zurückliegenden Studie befanden sich die Adressaten von Jungen*arbeit vorwiegend kurz vor oder in ihrer Pubertät und es wurde eine Vernachlässigung jüngerer Altersgruppen – auch in der sexualpädagogischen Arbeit – kritisiert [18; S. 95].

Hinsichtlich der Frage, welche inhaltlichen und pädagogischen Ausrichtungen in der Jungen*arbeit vorherrschen, äußern Beobachter*innen verschiedene Hypothesen. Eine der Positionen beschreibt Jungen*arbeit als vorwiegend defizitorientiert. Demnach ziele Jungen*arbeit vielfach auf eine Prävention unerwünschter Männlichkeiten ab, was einen defizitären, generalisierenden und normativen Blick auf Jungen* impliziere und pädagogische Beziehungen zur Folge habe, die nicht

an den Lebenswelten von Jungen* orientiert sind und Jungen* daher nicht hinreichend in ihren individuellen Entwicklungen unterstützen [20]. Eine andere Position geht demgegenüber davon aus, dass Jungen*arbeit von dieser Defizitorientierung abgerückt sei und inzwischen vorwiegend als geschlechtssensible Sozialpädagogik verstanden werde, die einen Bildungsraum bereitstelle, der von (hegemonialen) Leitbildern der Männlichkeit befreit sei [21]. Eine dritte Sichtweise stimmt zu, dass Jungen*arbeit nicht mehr defizitorientiert sei, sieht darin jedoch kein Ende von Normativität. Vielmehr habe es zugleich einen zunehmenden Verzicht auf Männlichkeitskritik gegeben, womit implizit weiterhin Geschlechternormen reproduziert werden [14]. Eine empirisch fundierte Klärung dieser divergierenden Ansichten hat bislang nicht stattgefunden. Allerdings finden in dieser Debatte auch problematische Gleichsetzungen einzelner *geschlechtertheoretischer* Positionen mit bestimmten *pädagogischen* Grundhaltungen statt. So wird eine (queer-)feministische Grundlage immer wieder als defizitorientiert oder nicht mit den Interessen von Jungen* verknüpfbar gesehen [20], ressourcenorientierter Arbeit wird wiederum eine Tendenz zur Vermeidung von Männlichkeitskritik attestiert [22]. Fruchtbar in der weiteren Forschung wäre es, nicht Normativität per se zu problematisieren, sondern den Inhalt vermittelter Normen und die Methoden dieser Vermittlung zu untersuchen und dabei Inhalt und Methode (bzw. geschlechtertheoretische und erziehungstheoretische Analysen) zu differenzieren, um auf diese Weise pauschale Gleichsetzungen zu vermeiden.

## Sexualpädagogische Jungen*arbeit

### Stand der Praxis

Die Verbreitung sexualpädagogischer Jungen*arbeit unterscheidet sich im bundesweiten Vergleich stark nach den strukturellen Gegebenheiten und ihrer Anbindung an aktuelle fachliche Debatten. Eine Praxis, die sexualpädagogische Inhalte mit Männlichkeitsanforderungen kritisch in Beziehung setzt, findet sich überall dort, wo es stabile Vernetzungsstrukturen der Jungen*arbeit gibt, die von qualitätssichernden Maßnahmen unterstützt werden, was wiederum den politischen Willen zur Finanzierung solcher Strukturen voraussetzt. Meistens sind diese Strukturen als Landesarbeitsgemeinschaften auf Länderebene organisiert, darüber hinaus spielt die »Bundesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit« eine wichtige Rolle bei Vernetzung und Qualitätsdiskussion. Es lassen sich also große Unterschiede sowohl zwischen den Bundesländern als auch innerhalb von Bundesländern feststellen.

Des Weiteren findet sich eine entsprechende Praxis in den auf Sexualpädagogik spezialisierten Institutionen, insofern sie die Impulse aus der Jungen*arbeit aufgegriffen haben, zum Beispiel Geschlechterdichotomien, Heteronormativität und Männlichkeitsanforderungen kritisch zu hinterfragen – etwa in einigen Fortbildungsinstituten, bei regionalen Stellen von »pro familia« oder lokalen Beratungsstellen. Eine wichtige Rolle bei der Verbindung der Diskurse spielt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), die Impulse aus der Jungen*arbeit aufgreift und in die Materialien für Kinder und Jugendliche – insbesondere wenn sie sich gezielt an Jungen* richten – niedrigschwellig einarbeitet, auch wenn die Zahl der zur Verfügung stehenden Materialien für Jungen* begrenzt ist. Zusätzlich fördert die BzgA die fachliche Debatte durch die Publikation von Konzeptionen aus der Jungen*arbeit etwa im Informationsdienst »Forum Sexualaufklärung und Familienplanung« [23].

Der Stand der inhaltlichen Ausgestaltung sexualpädagogischer Jungen*arbeit lässt sich anhand einzelner thematischer Aspekte verdeutlichen: Unstrittig ist, dass Konzepte sexualpädagogischer Jungen*arbeit Methoden zum Sprechen über Sexualität enthalten sollten.

Sprechen über Sexualität berührt viele tabuisierte Themen und das inmitten einer patriarchal und heteronormativ geprägten und medial und teils auch im sozialen Nahumfeld hochsexualisierten Gesellschaft. Darin angemessene Worte für Sexuelles und die eigenen Körperzonen zu finden, ist eine Herausforderung für jede*n Einzelne*n. Die Sammlung von Begriffen für Geschlechtsorgane und sexuelle Praktiken bleibt daher zentrales Einstiegselement der Sexualpädagogik mit Jungen* [24], auch wenn sich die Bereiche von Tabuisierung und Besprechbarem fortlaufend verändern. Zu klären ist jeweils auch, welche Begriffe für Geschlechtsorgane gefunden werden können, die von anderen nicht als abwertend oder diskriminierend wahrgenommen werden.

Als relevantes Feld für den Erwerb von Männlichkeit ist Sexualität – weit über das sexuelle Erlebnis selbst hinaus – von großer Bedeutung für den einzelnen Jungen*. Körperliche Veränderungen in der Pubertät, sexuelle Erfahrungen (»Wer hat schon?«) und die Orientierung an von Dritten vermittelten Anforderungen an männliche Leistungsfähigkeit können einerseits für homosoziale Anerkennung, andererseits für erheblichen Druck auf den Einzelnen sorgen. Sexualpädagogische Jungen*arbeit kann hier von zu hohen Männlichkeitsanforderungen entlasten, indem auf die Verschiedenheiten sexueller Entwicklung und sexuellen Erlebens verwiesen und die Orientierung an den eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen der jeweiligen Sexualpartner*innen als Richtschnur ausgegeben wird.

Des Weiteren soll Sexualität aus der auf Beziehungsfähigkeit und emotionale Kompetenz ausgerichteten Perspektive der Jungen*arbeit thematisiert werden. Damit sollen der Funktionalisierung des eigenen männlichen Körpers (»Ich kann immer«) und der Objektivierung möglicher (im heteronormativen Kontext meist weiblicher) Sexualpartner*innen bedürfnisbezogene Sichtweisen entgegengesetzt werden (»Wie will ich lieben?«). Nebenprodukt der an sich sinnvollen Verknüpfung von Wünschen an Beziehungsformen und Sexualität ist allerdings häufig die Vorstellung langandauernder (serieller) monogamer Beziehungen als Norm, womit andere Formen von Sexualität und Beziehungsleben wie mehrere parallele (»polyamouröse«) Beziehungen oder wechselnde sexuelle Begegnungen tendenziell unsichtbar werden, obwohl sie von den jugendlichen Zielgruppen wie von Erwachsenen real gelebt werden.

Von zentraler Bedeutung ist darüber hinaus die Vermittlung von Wissen über den eigenen Körper. Dies wird seit langer Zeit wesentlich durch die von der BzgA zur Verfügung gestellten Materialien unterstützt – herausragend dabei die Broschüre »Wie geht's – wie steht's« [25].

Die Nutzung von Kondomen spielt eine zentrale Rolle. Als einziges Verhütungsmittel, mit dem männliche Jugendliche für die eigene Gesundheit, Sicherheit und Lebensplanung sowie für ihre Sexualpartner*innen aktiv Verantwortung übernehmen können (»Wie viele Verhütungsmittel schützen vor Schwangerschaft UND sexuell übertragbaren Krankheiten?«, [27]), gehören Informationseinheiten und praktische Übungen an Penismodellen oder Gemüsesorten bis hin zu einem zu absolvierenden »Kondomführerschein« zum Standard [24].

Jungen* wollen wissen, wie Sex »richtig« geht. Sexualpädagogische Jungen*arbeit soll darauf Antworten geben, die Lust, Gefühle, Kontakt und Beziehung ebenso thematisieren wie die möglichen körperlichen Prozesse. Gleichzeitig hat sich sexualpädagogische Jungen*arbeit schon lange um Wege bemüht, stereotype Vorstellungen von (heterosexueller) Sexualität zu erweitern, die wesentlich auf Wissen aus dem sozialen Umfeld, aus (neuen) Medien und aus Pornografie zurückgehen und bestimmte Abfolgen, Dauer und Rollenverteilungen (z. B. der Mann als »Eroberer« in heterosexuellen Konstellationen) beinhalten. Zugleich gilt es, entgegen eines defizitären Blickes etwa auf den Pornokonsum zunächst

zu fragen, auf welche Weise Jungen* welche Medien überhaupt rezipieren, und ihnen eine eigenständige Urteilskompetenz zuzugestehen [26].

Das Bemühen von Jungen*, als »richtiger« Junge auch den »richtigen« Sex zu praktizieren, hat unter anderem zur Folge, dass es gerade bei den ersten sexuellen Kontakten zu unbeabsichtigten Grenzüberschreitungen bei den Partner*innen kommen kann. Die Frage »Kann man beim Sex mittendrin aufhören?« [27] wird von Jungen* meistens mit »nein« beantwortet und kann als ein Schlüsselsatz betrachtet werden, mit dem Pädagog*innen die Bedeutung der Fähigkeit zur Verständigung über Wünsche und Grenzen in der Sexualität thematisieren können.

### Bezug zu Männer*-/Jungen*gesundheit

Der Begriff der männlichen Gesundheit wird in Konzepten und Programmatiken zu sexualpädagogischer Jungen*arbeit wenig verwendet. Frühere Arbeiten [7, 18] zur Sexualpädagogik mit Jungen* haben dies nicht nachhaltig verändert. Gleichwohl unterstützt sexualpädagogische Jungen*arbeit auch ohne eine explizite Bezugnahme zum Gesundheitsbegriff Jungen* darin, ihre Lebensweisen hinsichtlich der Folgen für die eigene Gesundheit zu reflektieren. Dies ergibt sich daraus, dass Jungen*arbeit mit ihren Methoden Selbstreflexion fördert, was immer auch die Frage »Will ich das?« und damit die Auseinandersetzung mit Wohlbefinden und Risikohandeln beinhaltet. Auch inhaltlich lassen sich eine Reihe von Bezügen herausarbeiten. Einen Gesundheitsbezug hat sexualpädagogische Jungen*arbeit zunächst dort, wo sie zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten beiträgt. Hier steht sie vor der Aufgabe, im Austausch über sexuelle Praktiken nicht nur den Aspekt der Schwangerschaftskontrolle anzusprechen, sondern etwa Kondome auch als Mittel der Verhinderung von Krankheitsübertragung zu thematisieren. Aufgrund der weiterhin bestehenden kulturellen Tabuisierung sexuell übertragbarer Krankheiten sehen Heranwachsende in Kondomen vor allem ein Schwangerschaftsverhütungsmittel und beschäftigen sich eher wenig mit den Gefahren einer Infektion mit einer sexuell übertragbaren Krankheit, welche eher besonderen Gruppen wie zum Beispiel Schwulen und Prostituierten zugeschrieben werden. Dementsprechend ist das Schutzverhalten bei Sexualkontakten immer noch verbesserungswürdig [28]. Die Verhütung von Krankheitsübertragung setzt wiederum die Kenntnis und den Gebrauch nicht nur von Kondomen voraus – hier geht es auch um die Nutzung von Händen und Handschuhen etwa beim Fingern in Anus und Vagina.

Auch jenseits sexuell übertragbarer Krankheiten ist Sexualität mit Gesundheit verknüpft, da einerseits sexuelle Erlebnisse (und deren Thematisierung im Kontext von Sexualpädagogik) einen Effekt auf die psychische Gesundheit haben können und andererseits Einschränkungen der Gesundheit von Relevanz für die Gestaltung und das Erleben von Sexualität sind. So könnte Sexualpädagogik etwa zum Wohlbefinden und Selbstbewusstsein von Jungen* beitragen, sofern sie deren vielfältige Situationen und Perspektiven berücksichtigt und Unsicherheiten anerkennt. Sie kann aber auch das Wohlbefinden beeinträchtigen, wenn sie etwa bestimmte Geschlechtsorgane, Sexualpraktiken oder Beziehungsformen als unnormal, als pathologisch oder überhaupt nicht thematisiert [29]. Gerade in diesem Zusammenhang ist die Reflexion von Männlichkeitserwartungen, die Jungen* in ihrem jeweiligen kulturellen und sozialen Umfeld erfahren, von Bedeutung.

## Handlungsempfehlungen

### Empfehlungen für die Praxis

Sexualpädagogische Jungen*arbeit ist noch häufig nicht intersektional konzipiert, auch

wenn in vielen Konzepten unterschiedliche gesellschaftliche Positionierungen berücksichtigt werden oder ihr Vorhandensein wenigstens reflektiert wird. So lange zum Beispiel nicht-(nur-)heterosexuelle Lebensweisen nicht explizit thematisiert werden, hat die sexualpädagogische Jungen*arbeit Exklusionseffekte in Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Beziehungs- und Sexualitätswünsche werden von Pädagog*innen in Aufgabenstellungen häufig in stereotyp heterosexuellen Settings beschrieben, Verhütung bezieht sich meist deutlicher auf Empfängnisverhütung als auf die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten. Pädagogische Aufgabe ist die explizite Thematisierung unterschiedlichster Sexualitäten und Lebensweisen, zuletzt auch als nicht-diskriminierende Sexualpädagogik bezeichnet [30]. Schon früh wurde von einigen Praktiker*innen versucht, sexualpädagogische Jungen*arbeit nicht-heteronormativ zu denken und im Sinne sexualisierter Vielfalt zu gestalten [27], diese Perspektive harrt allerdings noch heute ihrer dringend notwendigen Durchsetzung. Die aktuelle Neupositionierung der BAG Jungenarbeit zur Öffnung hinsichtlich geschlechtlicher und sexueller Vielfalt kann hierzu sicherlich beitragen [2].

### Empfehlungen an Forschung und Politik

Angesichts des berichteten Forschungsstands ist eine repräsentative Studie zur aktuellen Verbreitung von Angeboten sexualpädagogischer Jungen*arbeit und deren Inhalte und Methoden wünschenswert, um darauf aufbauend den erforderlichen Handlungsbedarf möglichst genau zu eruieren. Dabei sind – neben der Erhebung struktureller Rahmenbedingungen und des von der Praxis genannten Bedarfs – die ausgeführten Fragen nach dem Umgang mit der Kategorie »Junge«, den jeweiligen geschlechtertheoretischen Bezügen, den pädagogischen Logiken sowie dem Umgang mit Vielfalt und Normen zu bearbeiten. Ein zweites Desiderat betrifft die Frage, welche Jungen* sexualpädagogische Angebote in welcher Weise erleben und annehmen bzw. ablehnen – eine Evaluation sexualpädagogischer Jungen*arbeit ist zur Klärung der Effekte, die sie entfaltet, unerlässlich.

Jenseits der Forschung über den Ist-Stand sind auch programmatische Weiterentwicklungen wünschenswert. Insbesondere die Entwicklung, Erprobung und Verbreitung heteronormativitätskritischer, intersektionaler und partizipativer Formen sexualpädagogischer Arbeit mit Jungen* ist für die Etablierung einer an männlicher Gesundheit orientierten Sexualpädagogik notwendig. Dazu gehören auch weitere Klärungen über die Relevanz von Geschlecht wie auch anderen sozialen Zugehörigkeiten von Pädagog*innen für die sexuelle Bildung von Jungen* – wobei eine Reproduktion problematischer Zuschreibungen (etwa eine Aufteilung pädagogischer Zuständigkeiten nach Zugehörigkeit – Pädagogen mit Migrationsgeschichte kümmern sich um Jungen* mit Migrationsgeschichte usw.) und Ausschlüsse (v. a. von trans* und/oder von inter* Personen) vermieden werden sollten.

Drittens sind weitere Entwicklungen sexualpädagogischer Jungen*arbeit zur Prävention sexualisierter Gewalt durch und gegen Jungen* sowie zur Stärkung männlicher Betroffener von sexualisierter Gewalt wünschenswert [31].

Zur Umsetzung solcher Forschungen braucht es politische Unterstützung insbesondere in Form der Bereitstellung der hierzu nötigen finanziellen Mittel. Darüber hinaus sollte die flächendeckende Umsetzung sexualpädagogischer Angebote für Jungen* sowie die Vernetzung derer, die diese Angebote konzipieren und umsetzen, durch ausreichende Mittel finanziert und abgesichert werden.

## Schlussfolgerungen

Sexualpädagogische Jungen*arbeit kann ihr Potenzial für die Förderung von Jungen*gesund-

heit weiter ausbauen, wenn sie sich stärker als Teil geschlechterreflektierter Pädagogik versteht und Erweiterungen bzw. Öffnungen hinsichtlich geschlechtlicher und sexueller Vielfalt vornimmt. Die Sexualpädagogik könnte durch die Hinzunahme geschlechterreflektierter Ansätze ebenfalls gewinnen und so vermeiden, in heteronormativen Diskursen verhaftet zu bleiben. Insbesondere bei der Beschäftigung mit den eigenen Grenzen und den Grenzen anderer bieten sich für die Sexualpädagogik Chancen, von Teilen der sexualpädagogischen Jungen*arbeit und den auf Jungen* spezialisierten Fachträgern zu sexualisierter Gewalt zu lernen, um die Betroffenheit von Jungen* von sexualisierter Gewalt endlich stärker in den Blick zu nehmen. Eine angemessene konzeptionelle und praktische Berücksichtigung von sexualisierter Gewalt, die auf Prävention abzielt sowie den Umstand berücksichtigt, dass sich Betroffene in den Lerngruppen befinden, steht nach wie vor aus.

## Literatur


1 Kunert-Zier M. Erziehung der Geschlechter. Entwicklungen, Konzepte und Genderkompetenz in sozialpädagogischen Feldern. Wiesbaden: VS Verlag; 2005.

2 BAG Jungenarbeit. Positionspapier. 2016 [zitiert am 04.07.2016]. http://www.bag-jungenarbeit.de/files/Dateien/positionspapier_BAGJ_2016.pdf.

3 Sielert U. Jungenarbeit. 4. Aufl. Weinheim: Juventa; 2010.

4 Stuve O, Debus K. Männlichkeitsanforderungen. Impulse kritischer Männlichkeitstheorie für eine geschlechterreflektierte Pädagogik mit Jungen. In: Dissens e.V., Debus K, Könnecke B, Schwerma K, Stuve O (Hrsg.), Geschlechterreflektierte Arbeit mit Jungen in der Schule: Texte zu Pädagogik und Fortbildung rund um Jungenarbeit, Geschlecht und Bildung. Berlin: Dissens e.V.; 2012:43–60.

5 Budde J. Jungenpädagogik zwischen Tradierung und Veränderung. Empirische Analysen geschlechterpädagogischer Praxis. Opladen: Barbara Budrich; 2014.

6 Busche M. It's a men's world? Jungen*arbeit aus nichtmännlicher Perspektive. In: Busche M, Maikowski L, Pohlkamp I, Wesemüller E (Hrsg.), Feministische Mädchenarbeit weiterdenken Zur Aktualität einer bildungspolitischen Praxis. Bielefeld: transcript; 2010:201–222.

7 Winter R, Neubauer G. Kompetent, authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen. Eine qualitative Studie im Auftrag der BZgA. Köln: BZgA; 1998.

8 Stuve O. In welche Gruppe wollt ihr gehen: in die Mädchen- oder Jungengruppe? Gender-Grenzverwischungen in der Jugendarbeit. In: Hartmann J (Hrsg.), Grenzverwischungen Vielfältige Lebensweisen im Gender-, Sexualitäts- und Generationendiskurs. Innsbruck: STUDIA; 2004:167–179.

9 Jerg J, Neubauer G, Sickinger H. Projekt Bo(d)yzone: Jungensichten-Körperbilder. Einführung in die Reihe: Basistexte zur inklusionsorientierten Jungenpädagogik 2007. Verfügbar unter: http://www.pfunzkerle.de/files/bodyzone_bt00.pdf.

10 Neubauer G, Winter R. So geht Jungenarbeit. Geschlechtsbezogene Entwicklung von Jugendhilfe. Berlin: FATA MORGANA. 2001 [zitiert am 04.07.2014]. http://www.stiftung-spi.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/veroeffentlichungen/Gender_Mainstreaming/gender_jungenarbeit.pdf.

11 Bremer JungenBüro. »respect«. antirassistische jungen- und mädchenarbeit gegen ausgrenzung und gewalt. dokumentation. Bremen: Bremer JungenBüro; 2004.

12 Busche M, Cremers M. Jungenarbeit und Intersektionalität. In: Pech D (Hrsg.), Jungen und Jungenarbeit – eine Bestandsaufnahme des Forschungs- und Diskussionsstandes. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren; 2009:13–31.

13 Matzner M, Tischner W. Auf dem Weg zu einer Jungenpädagogik. In: Matzner M, Tischner W (Hrsg.), Handbuch Jungenpädagogik. Weinheim: Beltz; 2008:381–409.

14 Hunsicker T. Männlichkeitskonstruktionen in der Jungenarbeit. Eine gender- und adoleszenztheoretische Kritik auf empirischer Grundlage. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag; 2012.

15 Jantz O, Grote C. Mann-Sein ohne Männlichkeit. Die Vielfältigkeit von Lebensentwürfen befördern. In: Jantz O, Grote C (Hrsg.), Perspektiven der Jungenarbeit Konzepte und Impulse aus der Praxis. Opladen: Leske + Budrich; 2003:13–31.

16 Pech D, Kaiser A, Budde J, Boldt U, Rohrmann T, Herschelmann M, et al. Eine Didaktik der Jungenarbeit? In: Pech D (Hrsg.), Jungen und Jungenarbeit – eine Bestandsaufnahme des Forschungs- und Diskussionsstandes. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren; 2009:245–263.

17 Rieske TV. Pädagogische Handlungsmuster in der Jungenarbeit. Eine Untersuchung zur Praxis von Jungenarbeit in kurzzeitpädagogischen Settings. Opladen: Budrich UniPress; 2015.

18 Munding R. Sexualpädagogische Jungenarbeit. Eine Expertise im Auftrag der BZgA. BZgA, editor. Köln: BZgA; 2005.
19 Heppner S. »Kein Nischendasein mehr, aber auch noch nicht selbstverständlich…«. In: K(l)eine Helden? Förderung von Jungen in Schule und außerschulischer Pädagogik. Wiesbaden: Hessische Landeszentrale für politische Bildung. 2005 [zitiert am 04.07.2016]:62–64. http://www.hlz.hessen.de/fileadmin/pdf/polis/polis44web.pdf.
20 Matzner M. Das vernachlässigte Geschlecht – Jungen, Männer und Männlichkeit in der Sozialen Arbeit. In: Hollstein W, Matzner M (Hrsg.), Soziale Arbeit mit Jungen und Männern. München: Reinhardt; 2007:13–32.
21 Bentheim A, Sturzenhecker B. Jungenarbeit – Entwicklung und Stand in Deutschland. In: Zander M, Hartwig L, Jansen I (Hrsg.), Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag; 2006:153–168.
22 Höyng S. Die Lebenssituation von Jungen als eine Herausforderung für Jungenarbeit. In: Pech D (Hrsg.), Jungen und Jungenarbeit – eine Bestandsaufnahme des Forschungs- und Diskussionsstandes. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren; 2009:143–153.
23 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Heft 1/2013. Köln: BZgA; 2013.
24 Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit NRW e. V. junge liebe – mehr als sechs mal sex. handbuch für den einsatz. Dortmund: Eigenverlag; 2015 [zitiert am 04.07.2016]. http://lagjungenarbeit.de/downloads/2014/2014-04_jungeliebe_handbuch.pdf.
25 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Wie geht's – wie steht's?!? Köln: Eigenverlag; 2002.
26 Matthiesen S. Jungensexualität. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013:254–266.
27 Krabel J, Schädler S. Müssen Jungen aggressiv sein? Eine Praxismappe für die Arbeit mit Jungen. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr; 1998.
28 von Rüden U, Töppich J. AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2014. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2015.
29 Wanielik R. Jungen – sexuelle Beziehungen und Orientierungen. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013:267–272.
30 Rieske TV, Scambor E, Wittenzellner U, Könnecke B, Puchert R. Aufdeckungsprozesse männlicher Betroffener von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend. Verlaufsmuster und hilfreiche Bedingungen. Wiesbaden: Springer VS; 2017, i.Vorb.
31 Debus K. Nicht-diskriminierende Sexualpädagogik. In: Scheer A, El-Mafaalani A, Gökcen Yüksel E (Hrsg.), Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden: Springer VS; 2016:1–23.

# 2.7 Sexualität im mittleren Lebensalter

*Kurt Starke*

**Zusammenfassung**
In den rund drei Jahrzehnten ihrer Lebensmitte sind die meisten Männer zu Leistungs- und Verantwortungsträgern geworden, in Gesellschaft und Beruf, im Privaten und in der Familie. Zwischen beruflicher Arbeit nebst Karriere einerseits und Partnerschaft nebst Familie und Kindern andererseits haben diese Männer einen nur gelegentlich optimal zu lösenden Wertekonflikt zu meistern. Das hat erhebliche Auswirkungen auf ihr Partner- und Sexualverhalten. Die einen, die zu viel arbeiten, haben oft keine Kraft und keine Muse fürs Liebesleben, und die anderen, die im Beruf nicht zurechtkommen oder arbeitslos sind, unterliegen der Gefahr, auch sexuell lethargisch zu werden. Ein Anteil von Männern in diesem Alter versucht freiwillig oder unfreiwillig als Single zufrieden und glücklich zu werden, was aber nicht immer gelingt und meist zu einer sexuellen Prekarität führt. Die Hauptmenge an Sexualaktivität wird in der lebensmittigen männlichen Bevölkerung von Männern in fester und emotional stabiler Partnerbeziehung gezeigt. Dabei besteht eine positive Wechselbeziehung zwischen sexueller Aktivität, Wohlbefinden und Gesundheit.

**Summary: Sexuality in midlife**
In the about three decades of their midlife, most men have reached a responsible position in society and profession as well as in private and family life. Beyond job and career on one hand and partnership together with family and children on the other hand, these men have to cope with a conflict of values that can only occasionally be solved optimal. This has substantial impact on their partnership and sexual behaviour. Those that work too much often have no power and muse left for their love life. The others, that do not have success in their jobs or are unemployed, are at risk to get sexually lethargic as well. A part of men in this age tries by choice or involuntary to be happy and satisfied as a single, an attempt that does not always lead to success and can end in sexual precarity. The main part of sexual activity of the middle aged male population is conducted by men in a fixed and emotionally stable partnership. A positive relationship between sexual activity, well-being and health can be observed.

## Einleitung

In Deutschland beträgt das Medianalter der Männer 44 Jahre, die eine Hälfte der männlichen Bevölkerung ist jünger und die andere Hälfte älter als 44. 1970 lag das Durchschnittsalter noch bei 32 Jahren, und 2040 wird es bei 50 Jahren liegen [1]. Die Bevölkerung altert infolge einer geringen Reproduktionsquote einerseits und der höheren Lebenserwartung andererseits. Das verschiebt die Grenzen des mittleren Lebensalters nach oben. Nimmt man das derzeitige Medianalter als Mittelpunkt und rechnet man jeweils 15 Jahre nach oben und unten hinzu, dann kommt man auf eine Altersspanne für das mittlere Lebensalter von 29–59 Jahren.

In diese Zeit fällt nachhaltig das, was am Ende des Lebens gern als Lebensleistung be-

zeichnet wird. Dieses Alter gilt als Leistungsalter, eine Lebensphase, in der individuell wie gesellschaftlich eine besonders hohe Verantwortung verlangt und getragen wird. Dieser Lebensabschnitt ist von wesentlichen biografischen Entscheidungen geprägt. Dazu gehören der Aufbau und die Stabilisierung interpersonaler Beziehungen und die Wahl einer bestimmten Lebensform. Die meisten Männer entscheiden sich für eine feste Partnerbeziehung, wenigstens zeitweise [2]. Diese muss nicht oder nur ziemlich spät die Ehe sein, heute werden auch andere Lebensformen gewählt. Auch hinsichtlich Vaterschaft und Familiengründung lassen sich Haltungsänderungen feststellen. Das Zeitfenster, in dem die Zeugung von Kindern als ideal betrachtet wird liegt etwa bei 35–55 Jahren [3], also in dem zur Debatte stehenden mittleren Lebensalter. Dieses Zeitfenster stimmt jedoch nicht mit dem idealen Zeitfenster von Frauen überein. Viele Männer wollen erst beruflich und ökonomisch gesichert sein, ehe sie eine Familie gründen. Sehr oft erweist sich dieses Vorhaben allerdings als Illusion. Trotz einer hohen Bildung und eines oder mehrerer Berufsabschlüsse können heute zunehmend mehr Männer im mittleren Lebensalter nicht mit einer festen Arbeitsstelle und einem sicheren Einkommen rechnen [4–6]. Der berufstätige Mann, gerade im mittleren Lebensalter, muss flexibel und mobil sein, auch territorial, was den Alltag gravierend beeinflusst und kaum günstig für ein Zusammenleben mit Familie und Kindern ist. Die Entscheidung Beruf und Karriere oder Familie gehört zu den wesentlichen Wertekonflikten der meisten Männer im mittleren Lebensalter. Als ideale Lösung erachten auch sie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Betrachtet man das Lebensalter nicht nur individualgeschichtlich und psychologisch, sondern auch gesellschaftsgeschichtlich und soziologisch, dann sind Männer im mittleren Lebensalter zum einen eine soziografische Gruppe von höchster Differenziertheit – einer Differenziertheit, die wesentlich die innere Struktur der Gesamtgesellschaft ausmacht und mehr oder weniger bedeutsam auch für das Partner- und Sexualverhalten ist. Zum anderen sind diese Erwachsenen nicht einfach nur unterschiedlich alt, sondern sie gehören auch verschiedenen Jahrgängen und Generationen an. Jede Generation gedeiht in einem eigenen soziokulturellen Kontext, lebt in unterschiedlichen Kommunikationsräumen und erfährt im Kindes- und Jugendalter eine spezifische Sozialisation. In Bezug auf das Partner- und Sexualverhalten sind in den letzten Jahren gravierende Veränderungen vor sich gegangen, die Generationen unterscheiden sich erheblich voneinander [2].

## Literaturübersicht

Die wissenschaftliche Literatur, die unser Thema berührt, ist umfangreich, ganz zu schweigen von den literarischen, populären und massenmedialen Publikationen, einschließlich der Ratgeber. Eine Fokussierung auf die Sexualität von Männern im mittleren Lebensalter und speziell auf gesundheitliche Aspekte ist aber selten, ausgenommen medizinische und sexualmedizinische, auch speziell andrologische Arbeiten zu pathologischen Aspekten der Sexualität von Männern, vor allem zu Erektions- und anderen Sexualstörungen sowie zur Fortpflanzung [7–9].

Meist geht es in der einschlägigen Literatur entweder um Sexualität generell oder um Männer generell. Zu finden sind des Weiteren Arbeiten über die Sexualität in verschiedenen Lebensabschnitten. Dabei überwiegen Jugendsexualität und – in den letzten Jahren zunehmend – Alterssexualität. Die Lebensmitte findet dagegen viel weniger Beachtung. Oft wird nicht speziell auf Männer eingegangen. Generell überwiegen in der Literatur Arbeiten über weibliche Sexualität. Das ist nicht verwunderlich. Die Stellung der Frau in der Gesellschaft, in der Familie und der Paargruppe und ihr Selbstverständnis haben sich in den

letzten Jahrzehnten gewaltig verändert, und mit der Emanzipationsbewegung ist die Frau als Subjekt von Sexualität in Erscheinung getreten – nicht bloß als sexuelles Objekt oder als Funktion des Mannes. Mittlerweile wird aber auch die Frage gestellt, ob sich in diesem Prozess nicht auch das Sexualverhalten von Männern verändert habe [10]. Einige Bücher wenden sich krisenhaften Momenten der Männlichkeit zu, die mit einem neuen Geschlechterverhältnis zu tun haben, meist ohne speziell auf Sexualität einzugehen [11, 12].

Komplexe und interdisziplinäre Betrachtungen zum Themenkreis Männer/Sexualität/Gesundheit sind die Ausnahme [13, 14]. An großen empirischen Untersuchungen ist vor allem die Studie »männer leben« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu erwähnen, die sich allerdings auf Lebensgestaltung und Familienplanung konzentriert und kaum sexuelle Aspekte berücksichtigt [3]. Weitere Literaturhinweise finden sich im Text.

Die Basis der folgenden summarischen Darlegungen sind Ergebnisse eigener empirischen Untersuchungen, die hier nicht im Einzelnen dokumentiert werden können [2, 15]. Explizit geht es dabei oft um Heterosexualität, die allermeisten Aussagen treffen unter Beachtung der jeweiligen Besonderheiten jedoch auf Männer aller sexueller Orientierungen zu. Viele der Mitteilungen sind quantitativ-statistischer Natur, im Einzelfall kann es freilich stets anders aussehen.

## Sexualität im mittleren Lebensalter

### Stellenwert der Sexualität

Fragt man nach Leidenschaften, Lieblingsbeschäftigungen, Sehnsüchten, dann steht Sexualität bei Männern mittleren Alters keineswegs an letzter Stelle. Aber sie ist auch nicht das Thema Nummer 1, weder bei den schon älteren noch bei den ganz jungen innerhalb dieser Gruppe. Sowohl quantitativ als auch qualitativ ordnet sich Sexuelles in eine Vielzahl von Lebenszielen, Lebenswerten und Lebensinhalten, von Vorlieben, Möglichkeiten und Notwendigkeiten ein. Die meisten sagen zwar, dass sie oft an Sexuelles denken – aber eben nicht immer. Außerdem bleibt es zumeist beim Denken und Fantasieren. Die realen sexuellen Aktivitäten spielen sich in einem ziemlich kleinen zeitlichen Rahmen ab.

Die subjektive Bedeutung der Sexualität ist hoch. Untersuchungen der letzten Jahre zeigen jedoch eine zunehmende Relativierung der Sexualität: Sie ist wichtig, aber nicht (mehr) sehr wichtig [15–17]. Das kann als Bedeutungsverlust von Sexualität im modernen Heute interpretiert werden, mehr noch als eine Distanz zur Hypertrophierung des Sexuellen in der Öffentlichkeit und zugleich als eine Grenzziehung zu Beliebigkeit und Oberflächlichkeit. In diesem Sinne wäre die Relativierung eine Verteidigung der eigenen sexuellen Realität.

Die Relativierung der Sexualität ist bei partnerlosen wie bei partnergebundenen Männern zu beobachten, wenngleich in unterschiedlicher Weise. Singles sehnen sich zumeist mehr nach einer Beziehung (einschließlich Sexualität) als nach blankem, beziehungslosem oder autonomem Sex. Haben sie sexuelles Verlangen nach interpersonalem Sex, hilft gelegentlich ein sexuelles Abenteuer, aber nicht alle haben Gelegenheit dazu. Das ist bei Partnergebundenen anders – der Partner ist schon da, wenigstens im Prinzip.

Was die feste Beziehung anbelangt, so meinen nur ganz wenige Männer in der Lebensmitte, partnerlose wie partnergebundene, die Sexualität sei für eine Liebesbeziehung unwichtig. Sie wird aber auch nicht als das Absolute betrachtet, nicht als das Einzige, was zählt. Partnerschaftliche Sexualität gehört für nahezu alle Frauen und Männer sehr wohl zu den invarianten Elementen der Liebesbeziehung, zu ihren wesentlichen Merkmalen. Asexuelle Liebesbeziehungen sind in Wunsch und Wirklichkeit extrem selten, bewusst eingegangen und gelebt werden sie fast nie, allenfalls sind sexlose Liebesbeziehungen unfreiwillig und temporär, was überwiegend als defizitär

und leidvoll erlebt wird und ein hohes Trennungsrisiko beinhaltet. Für diejenigen freilich, die bewusst so leben, ist eine Partnerbeziehung ohne Sex von eigenständigem Wert. Sie leiden nicht unter der Abwesenheit von Sex, sondern unter dem normativen Druck, keine »richtige« Partnerbeziehung zu haben – was früher hieß, die Ehe nicht vollzogen zu haben [18].

Die Sexualität ist aber nicht allein das, was eine Beziehung zusammenhält. Die Beziehung wird zwar als idealer und geschützter Raum auch für Sexualität geschätzt. Aber Sexualität gilt nicht oder nur augenblickhaft als die Hauptsache einer Beziehung: Sie ist eingebettet in das Insgesamt der Lebensaktivitäten des Paares und damit auch eingeordnet in das Wertesystem des Mannes und seine Bedürfnisstruktur, qualitativ und quantitativ, zeitlich und räumlich. Die Relativierung der Sexualität bedeutet zugleich eine Relationierung, also ein Wechselspiel der verschiedenen Lebensbereiche und Motivlagen.

Das schließt nicht aus, dass das Sexuelle die schönsten Gefühle auslösen und zu den größten Glücksmomenten im Leben führen kann, die temporär alles überfluten – und das nicht nur im Stadium des Verliebtseins, sondern auch in der spontanen Begegnung oder in der Vertrautheit der langen Liebe.

## Begriff und Funktion des Sexuellen

Die häufigste Assoziation von Männern im mittleren Alter zum Begriff Sexualität ist mit Abstand Liebe, gefolgt von Zärtlichkeit, Vertrauen, Nähe, Spaß, Leidenschaft, Partnerschaft. Hinsichtlich der Gesamtheit dessen, was Sexuelles bedeutet, lassen sich klare Prioritäten ausmachen, die zugleich eine Hierarchie von Funktionen der Sexualität ergeben [10, 19]. Zu nennen ist hierbei zunächst die *Betätigungsfunktion* der Sexualität: Nur für wenige Männer bedeutet Sexuelles prinzipiell Stress, eher schon Leistung, Anstrengung, Leibesübung. Keineswegs wird von Männern dabei die *Entspannungsfunktion* der Sexualität verleugnet, auch nicht im Sinne von Abschalten, Ruhe finden, ganz bei sich sein. Die *Kompensationsfunktion* hingegen benennt die Tendenz, dass Sexualität Nichtsexuelles ausgleicht, auf individueller Ebene beispielsweise Unzufriedenheit, Sinnleere, mangelnde Selbstverwirklichung, fehlenden Erfolg, Gefühlsdefizite, Kontaktschwäche, gefährdete Paarbeziehung und vor allem Angst. Die kompensatorische Funktion droht in diesem Falle andere Funktionen der Sexualität zu ersetzen und zu gefährden und insbesondere Liebessexualität zu entwerten. Andererseits kann eine Kompensation nur wegen der Vitalkraft des Sexuellen gelingen. In Maurice Druons Roman *Der Sturz der Leiber* (1980) fragt sich Wilner beim Sex mit Sylvaine: »Warum ist der Liebesakt das einzige, was die physische Angst beschwichtigt?«

Erheblich für die meisten Männer auch im sogenannten »besten Alter« ist die *Bestätigungsfunktion* der Sexualität: Es ist für sie bedeutungsvoll und erleichternd, ihre Männlichkeit zu fühlen und bestätigt zu sehen, sich als begehrenswert zu erleben und in ihrer Körperlichkeit angenommen zu spüren. Aber nicht nur das: Mittels und in seiner sexuellen Aktivität sieht sich im Idealfall der Mann als Ganzes in seiner Existenz bekräftigt. Er fühlt sich lebendig, wie neu geboren, weit über die Geschlechtszugehörigkeit hinaus als ganze Persönlichkeit bestätigt.

Gerne abgerufen wird von den meisten Erwachsenen, insbesondere den jüngeren, die *Spaßfunktion* der Sexualität: Sex als Vergnügung und Unterhaltung. Dennoch ist Sexuelles nicht Erlebnispark für gelangweilte Konsumenten geworden und zum bloßen Event verkommen. Sexuelle Interaktion ist und bleibt für die meisten ein besonderes Ereignis. Das bezieht sich auf die sexuellen Primärprozesse wie auch allgemein auf das Sexuelle als vitale Wesenheit von Lebensfreude.

Die ursprüngliche Funktion der Sexualität, die *Fortpflanzungsfunktion*, spielt im Alltagsleben der erwachsenen Männer keine oder nur ausnahmsweise eine Rolle [20]. Die Menschen

haben nicht Sex, weil sie ein Kind zeugen wollen, vielmehr ist es im Allgemeinen ihr dringender Begehr, eine unerwünschte Schwangerschaft zu verhindern. Das ist heute in Deutschland meist problemlos möglich und hat die Bedingungen für die Sexualität Erwachsener erheblich verändert. Dennoch spielt die Tatsache, dass Frauen (nicht alle freilich) ein Kind gebären und über die Eizelle zeugen können und Männer (ebenfalls nicht alle) eine Eizelle befruchten können, bewusst oder unbewusst eine überragende Rolle. Dieses vitale körperliche Vermögen (oder seine Minderung oder sein Fehlen) ist in seiner Bedeutung für das Selbstwertgefühl, für die Partnerwahl und für die Sexualität lange unterschätzt worden [21–23].

Von der ursprünglichen Funktion der Sexualität hat sich im Laufe der menschlichen Geschichte die *Lustfunktion* der Sexualität gelöst und verselbstständigt. Männer agieren im Regelfall sexuell, weil sie Lust dazu haben und weil es Lust bringt. An der Spitze der subjektiven Bedeutungshierarchie Funktionen der Sexualität steht bei den zur Debatte stehenden Männern die *Intimfunktion* oder *Nähefunktion*, das heißt der Wunsch der geliebten Person nah sein. Das ist keineswegs trivial. Es zeigt nämlich, dass alle Hypothesen von der Entpersönlichung des Sexuellen der Wirklichkeit nicht standhalten. Sexuelles ist nicht oder nicht hauptsächlich ein solistischer Akt vereinzelter Menschen und auch nicht entfremdet vom Menschen. Die Sexualität des Mannes kreist nicht regelhaft um ihn selber. Vielmehr besteht für die meisten eine wichtige Funktion der Sexualität darin, Nähe herzustellen, Wärme zu spüren, eins zu werden. Sexuelles ist für sie ein Synonym für liebende und zärtliche Nähe, fürs Aufgehobensein und Wohlfühlen. Volkmar Sigusch spricht von einem historischen Weg »von der Wollust zur Wohllust« [24]. Mittels des Sexuellen werden eine Intimität und eine Vertrautheit gewünscht, wird Nähe gesucht, die anders so nicht zu finden ist und die Isoliertheit zweier Individuen aufhebt.

### Sexuelles Erleben

Männer im mittleren Lebensalter nutzen verschiedene sexuelle Praktiken zum mehr oder weniger schnellen, mehr oder weniger intensiven Lustgewinn. Besonders leicht kommen Männer durch den Koitus zum Orgasmus, mehr als durch Selbstbefriedigung, durch oralen oder durch manuellen Verkehr [25, 26]. Manche Männer bevorzugen aber auch andere Praktiken. Die Vielfalt der Praktiken, die besonders leicht zum Orgasmus führen, spricht nicht nur für eine aufgeklärte Aufgeschlossenheit gegenüber nonkoitalen Befriedigungsformen und allem, was guttut, sondern auch für eine antitechnizistische Haltung. Nicht die Sexualtechnik, die Tricks, die Praktiken sind für die meisten das Entscheidende, sondern das Wo, Wie, mit Wem, Wann – der gesamte emotionale Kontext.

Freilich, eine Form ragt doch unter allen anderen heraus: Es ist bei (heterosexuellen) Männern nicht – wie oft angenommen – der passive Oralverkehr, sondern der vaginale Verkehr. Das ist nicht nur in Bezug auf die leichte Erreichbarkeit von Ejakulation und Orgasmus der Fall, sondern auch in Bezug auf die Intensität des Erlebens. Für fast alle Männer hat der heterosexuelle Koitus einen besonderen Reiz und einen besonderen Stellenwert. Insbesondere für feministisch geschulte und sensible Männer ist es beruhigend zu wissen, dass entgegen sexuologischen Konstrukten auch die meisten Frauen den Vaginalverkehr mögen [25]. In Bezug auf das emotionale Erleben ist er, statistisch gesehen, auch bei Frauen allen anderen Sexualpraktiken überlegen, wobei Männer nicht vergessen dürfen, dass bei Frauen eine Stimulation jenseits des Scheideninneren, vor allem der Klitoris, für das Erreichen eines Orgasmus günstig und oft entscheidend ist. Ein wesentlicher Unterschied besteht allerdings darin, dass – wie Maika Böhm und Silja Matthiesen empirisch belegen – Männer eine gelungene Paarsexualität fast immer an Ejakulation und Orgasmus festmachen, viele

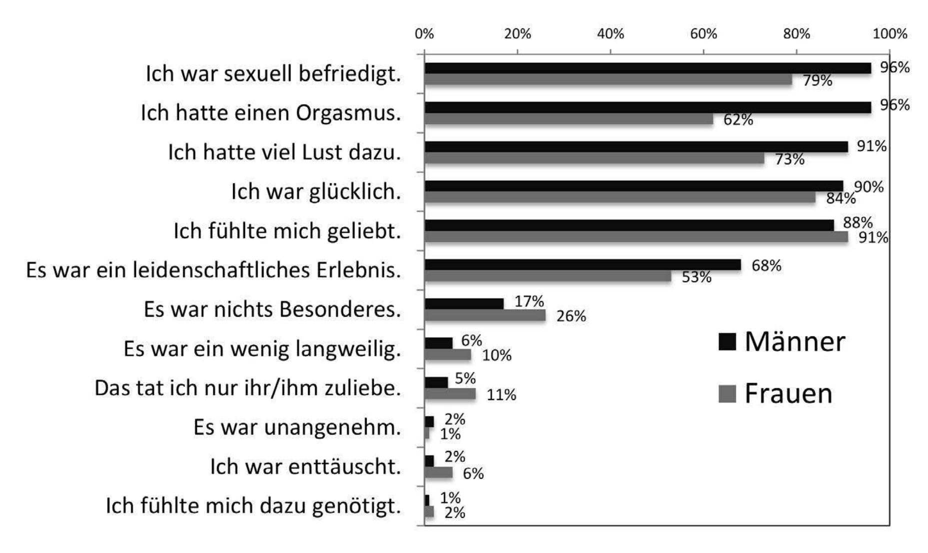



*Abb. 1: Erleben des jüngsten sexuellen Zusammenseins. Quelle: Datensatz Beziehungsbiografien 30-, 45- und 60-Jährige [17]*

Frauen jedoch nicht immer und nicht unbedingt [26].

Wenn man Männer befragt, was sie bei der sexuellen Interaktion empfinden, dann sind die Antworten überaus verschieden, nicht nur von Mann zu Mann, sondern auch bei demselben Mann, je nachdem, wie das intime Zusammensein verlief. Dennoch gibt es Generelles: Neben der sexuellen Befriedigung und dem Lustgewinn erleben und genießen die Partner vor allem, dass sie geliebt werden – das nimmt mit der Dauer der Beziehung nicht ab. Für viele ist es darüber hinaus ein leidenschaftliches Erlebnis – diese heftige Leidenschaft nimmt nach einiger Zeit jedoch in Langzeitbeziehungen etwas ab. Dass sie sich genötigt fühlen, dass es unangenehm ist, dass sie enttäuscht sind, sagen nur wenige. Auch nur wenige stellen sich eine andere Partnerin vor, wenn sie mit der eigenen schlafen. Vergleicht man das Urteil der Männer mit dem der Frauen, so finden sich viele Übereinstimmungen, aber auch beachtenswerte Unterschiede (siehe Abbildung 1). Bei allen Defiziten, die aktuell oder generell vorhanden sind und die sehr mit der Qualität der Beziehung zusammenhängen, bei allen Pleiten, die gelegentlich erlebt werden, wird die sexuelle Interaktion und speziell der Geschlechtsverkehr von den meisten als überaus positiv bewertet und als schön empfunden. Sie fühlen sich glücklich, sowohl sexuell als auch im Ganzen [15].

## Koitusaktivität

In empirischen Untersuchungen ist die beste Vorhersagevariable für die koitale Aktivität im Erwachsenenalter des Mannes die Existenz einer Zweierbeziehung und deren Qualität und Dauer. Singles steuern wenig zum sexuellen Gesamt bei. Der Grund dafür ist nicht nur, dass es insbesondere im mittleren Lebensalter weniger Partnerlose als Partnergebundene gibt, sondern auch dass deren Sexualleben in den meisten Fällen nicht sehr rege ist, und dies wird von ihnen auch so empfunden. Das führt nach Ergebnissen unserer Beziehungsstudie [27] beispielsweise dazu, dass ältere Männer in fester Beziehung sexuell aktiver und sexuell zufriede-

ner sind, als jüngere im besten Potenzalter. Für jeden 25. Partnergebundenen, aber für jeden vierten Single liegt der letzte Partnersex mehr als ein Jahr zurück. Männer in fester Beziehung geben an, durchschnittlich sechsmal Koitus im Monat zu haben, Singles einmal im Monat.

Die durchschnittliche Koitusfrequenz fällt nach zwei Jahren Beziehungsdauer rasch ab, bleibt dann ziemlich konstant (bei etwa sechsmal im Monat), um nach 25, 30, 35 Jahren Beziehung allmählich zu sinken. Dass es zu weniger Geschlechtsverkehr als in der stürmischen Anfangszeit kommt, wird durchaus mit Bedauern festgestellt, von Männern meist mit größerem als von Frauen. Die Qualität ihres Sexuallebens, von Männern stark an der Koitusfrequenz gemessen, wird dann etwas niedriger eingeschätzt [17].

Dennoch erleben sich diese Männer nicht ständig als defizitär, ganz im Gegenteil, sie schätzen den Zugewinn an Zusammengehörigkeitsgefühl, Bindung, Intimität, Sicherheit auch im Sexuellen. Häufig miteinander zu schlafen, wird lediglich weniger zentral für die Beziehung betrachtet, der Stellenwert des Sexuellen ist nicht mehr so hoch. Aber die Sexualität wird weiterhin als exklusives Element der Beziehung und des eigenen Lebensgefühls gesehen, wenngleich schon am Ende des mittleren Alters und erst recht später nur noch theoretisch und in der Erinnerung.

Nicht allein die Existenz einer Beziehung (und deren Dauer), sondern vor allem die emotionale Qualität der Beziehung profilieren die sexuelle Aktivität in der Lebensmitte. Die Häufigkeit von Koitus und auch aller anderen Formen partnerschaftlicher Sexaktivität korreliert mit dem Wohlgefühl in der Paargruppe, mit der Identifikation mit der Partnerin oder dem Partner und mit anderen Größen, die die Emotionalität in der Beziehung beinhalten. Erheblich bis ausschlaggebend für die Koitusaktivität ist, wie sehr man liebt und geliebt wird. Wenn die gegenseitige Liebe gleichermaßen stark ist und auch noch das Verlangen übereinstimmt, dann ist der Effekt am größten. Reziprozität der Gefühle ist noch immer die günstige Voraussetzung für eine sexuelle Interaktion. Der Zusammenhang zwischen Liebe und Sexualaktivität ist bei Männern erstaunlicher Weise enger als bei Frauen: Wenn Männer lieben, koitieren sie häufiger, wenn Frauen lieben, tun sie das nicht unbedingt [15]. Bei Männern geht das aktuelle Gefühl der Liebe häufiger oder rascher als bei Frauen in ein sexuelles Verlangen über. Emotionale Intensität, aufflammende Verliebtheit, Liebesanfälle bilden dann den emotional wirkungsfähigen Reiz, der den sexuellen Reaktionszyklus in Gang setzt.

### Selbstbefriedigung

Ob es Männer gibt, die niemals masturbiert haben, ist nicht zu ermitteln. In Befragungen geben 98–99% Masturbationserfahrung an. Die Masturbation ist intra- und interindividuell sehr verschieden, von mehrmals am Tag bis einmal im Jahr, von einer festen Gewohnheit in jungen Jahren bis zum Ausklingen im Alter. In unserer Studie geben 30-jährige Männer eine monatliche Masturbationsfrequenz von etwa sechsmal, 45-jährige von viermal und 60-jährige von ein- bis zweimal an [28]. Singles masturbieren häufiger als Partnergebundene. Wie sich soziokulturelle Kontexte auswirken zeigt ein deutsch-deutscher-Vergleich: Während sich Masturbationserfahrung und -frequenz der Frauen aus dem neuen Bundesländern dem der Frauen aus den alten angenähert haben, geben Männer aus dem Westen in allen Generationen eine signifikant höhere Masturbationsfrequenz als Männer aus dem Osten an. Bevorzugt nutzen Männer zur sexuellen Stimulation das reichhaltige Pornografieangebot im Internet. Beides, der Pornokonsum und die Masturbationshäufigkeit, sind in empirischen Forschungen die gravierendsten statistischen Unterschiede im männlichen und weiblichen Sexualverhalten [29]. Von einer männlichen Pornosucht kann aber nicht gesprochen werden [30].

Was erwachsene Männer bei der Selbstbefriedigung empfinden, ist individuell sehr verschieden. Nicht ausgeschlossen werden kann,

dass masturbierende Männer eine gewisse Scham empfinden und es ihnen vor sich selbst wie auch vor anderen peinlich ist. Im privaten und öffentlichen Raum wird die eigene Selbstbefriedigung nur von wenigen verbalisiert. Abgesehen von Angebereien unter Gleichaltrigen, prahlen Erwachsene kaum damit oder teilen ihre Erlebnisse gerne mit. Irgendwie hat die Selbstbefriedigung in Zeiten der fortschreitenden Entintimisierung ihren privat-intimen Charakter bewahrt.

Nach wie vor hat die Masturbation die Funktion, Lücken in und an partnerschaftlichem Sex zu füllen. Gleichzeitig hat die Masturbation als selbstständige Form sexueller Aktivität neben der partnerschaftlichen Sexualität und meist ohne Konkurrenz zu ihr auch an Bedeutung gewonnen, schon oft bei Kenntnis und Toleranz seitens des Partners. Für die meisten ist Selbstbefriedigung selbstverständlicher geworden, sie hat ihren Eigenwert und ihre eigene Lustfunktion [31]. Von einer allgemeinen Masturbatisierung in Zeiten der Individualisierung und des pornoreichen Internets kann nicht gesprochen werden. Geschlechtsverkehr ist in festen Beziehungen häufiger als Masturbation. Masturbationen und Koitusse zusammengezählt, erreichen Partnergebundene höhere Zahlen als Singles.

## Partnermobilität

Erwachsenen Männern wird häufig eine Neigung zur Promiskuität unterstellt, sie sei gewissermaßen naturgegeben [32–34]. Falls eine solche Neigung wirklich besteht, so können oder wollen ihr die meisten Männer nicht folgen. Die meisten Menschen haben nur wenige Sexualpartner in ihrem Lebenslauf, einige nur einen. Dabei haben sich in den letzten Jahrzehnten gravierende Veränderungen vollzogen. Heute 30-jährige Männer haben – in ihrem doch sehr viel kürzeren Leben – bereits genauso viele Koituspartner gehabt wie heute 60-jährige, nämlich durchschnittlich sieben [15].

Dies erklärt sich hauptsächlich aus einem veränderten Beziehungsverhalten: 30-Jährige haben heute bereits mehr Beziehungen als 60-Jährige erlebt und fast doppelt so viele wie die 60-Jährigen als diese 30 Jahre alt waren. Die derzeitige Beziehung ist die bisher einzige für fast ein Drittel von 60-jährigen Männern, aber nur für 5–10% von 30-jährigen. Die Sequenz von Beziehungen bedeutet – sofern diese Beziehungen mit partnerschaftlichem Sex einhergingen – eine größere Zahl von Sexualpartnern im Lebenslauf, eine Abfolge, ein Nacheinander. Das zeigt, wie schwer bis unmöglich es ist, von einem Sexualverhalten der Männer im mittleren Lebensalter an sich zu sprechen und den soziokulturellen Kontext außer Acht zu lassen. Im Beispiel ist es nicht formal das Alter, sondern die Generationszugehörigkeit, die ein unterschiedliches Sexualverhalten hervorbringt.

Nicht gewandelt hat sich dagegen das Treueverhalten. Die meisten Männer im mittleren Lebensalter sind treu im Sinne sexueller Exklusivität, immer oder die meiste Zeit. Kaum jeder hundertste Geschlechtsverkehr aller fest Liierten passiert außerhalb dieser Beziehung. Knapp 30% sagen, sie hätten schon einmal mit jemand anderem geschlafen, seit sie mit der jetzigen Partnerin zusammen sind. Langzeitbeziehungen sind keineswegs seitensprunggefährdeter als Kurzzeitbeziehungen Der Anteil ist am höchsten, wenn die bestehende Beziehung die bisher einzige ist [17].

Sexuelle Kontakte außerhalb der festen Beziehung bleiben, sofern sie überhaupt vorkommen, meistens sporadisch und temporär. Die Seltenheit dieser Ereignisse sagt freilich noch nichts über ihre Intensität aus, nichts darüber, welche Bedeutung die sexuelle Außenbeziehung für das eigene Leben und die Partnerschaft haben kann – bis hin zum Knacks für immer oder zur Trennung.

Männer, die ständig fremdgehen, bei denen sich diese Form sexueller Aktivität gewissermaßen habitualisiert hat, sind selten. Die relativ meisten belassen es bei einer Außenpartnerin. In vielen Fällen handelt es sich um ein einmaliges kurzes Ereignis. Dieses Ereignis wird überwiegend positiv erinnert. Neben dem Reiz des Neuen und dem sexuellen Angezogensein oder

einfach einer spontanen Reaktion wird das Verliebtsein als häufigster Beweggrund genannt.

Im Treuewunsch wie auch in der gelebten Treue unterscheiden sich die Generationen nur geringfügig. Neu ist: Die jüngeren Männer sind im Vergleich zu den älteren in mehr und in kürzeren Beziehungen treu. Sie sind immer wieder oder seriell monogam [35].

## Sexuelle Dissonanzen

Fernab von allem Pathologischen, von Sexualstörungen, von Gefährdungen und behandlungsbedürftigen sexuellen Problemen sind es für Männer im mittleren Lebensalter vor allem zwei Phänomene, die bei ihnen zu Sorgen und immer wieder eintretenden Irritationen führen. Das eine ist die Disharmonie zwischen Großhirn und Penis bei Männern, das Gespenst des sexuellen Versagens im Sinne einer unzureichenden Erektion oder einer Ejakulation zum falschen Zeitpunkt. In unserer Partnerstudie III gaben immerhin 84% der Männer um die 40 das Gefühl an, dass der Samenerguß nach Einführen des Gliedes in die Scheide zu schnell erfolgte. Die Hälfte der befragten Männer (48%) hatten mehr oder weniger häufig erlebt, dass beim Geschlechtsverkehr das Glied zum notwendigen Zeitpunkt nicht oder nicht richtig steif wurde. Interessant ist, dass die Frauen in dieser Untersuchung zu genau dem gleichen Ergebnis kamen [36].

Das andere Phänomen ist die sexuelle Diskordanz, die Nichtübereinstimmung der sexuellen Bedürfnisse in der Partnerschaft. Dass bei einem Paar das sexuelle Verlangen allzeit und allerorts völlig übereinstimmt, ist eine fromme, aber falsche Vorstellung. Die zeitlich begrenzte Nichtübereinstimmung wird von den Männern meist nicht als tragisch, verletzend oder unschön empfunden, sondern als verwindbar, vor allem, wenn ansonsten die Beziehung in Ordnung ist. Aber nicht selten führt sie doch zu erheblichen Frustrationen und Spannungen, vor allem, wenn aus der akuten oder temporären eine chronische Diskordanz zu werden droht. Als ideal und zugleich realistisch kann man eine latente Konkordanz betrachten, die sich gelegentlich realisiert. Die meisten Männer im mittleren Alter sehen sich damit konfrontiert, dass ihr Verlangen punktuell nicht auf Gegenliebe stößt oder das Verlangen der Partnerin in diesem Moment nicht dem eigenen entspricht. In diesem Falle hat sich weitgehend das Muster durchgesetzt, auf die aktuelle Befindlichkeit der Partnerin Rücksicht zu nehmen, sie nicht zum Sex zu drängen, sondern darauf zu verzichten [15].

Mit zunehmender Beziehungsdauer entwickelt sich eine geschlechtstypische Polarisierung sexueller und zärtlicher Wünsche: In der Paarbildungsphase haben Männer und Frauen ein gleich starkes Verlangen nach Sex und Zärtlichkeit – man fühlt sich eins und wird schnell einig. Bei etablierten Paaren ist im statistischen Durchschnitt der Wunsch nach Sex bei den Männern größer als bei ihren Partnerinnen, der Wunsch nach Zärtlichkeit hingegen bei den Frauen größer als bei ihren Partnern. Die sexuelle Interaktion wird heute als wechselseitig aufgefasst. Sie soll nur eingeleitet werden, wenn beide es wollen. Wollen Paare zusammenbleiben und gut miteinander auskommen, müssen sie dies managen. Das gelingt den meisten Paaren gut.

In den letzten Jahrzehnten ist viel über sexuelle Funktionsstörungen aus Sicht des Mannes geforscht, geschrieben und geredet worden, und mit Etablierung der Paartherapie rückten sexuelle Probleme des Paares ins Visier. Bald schien es, als nähmen die sexuellen Funktionsstörungen gewaltig zu und als gäbe es im Grunde kein Paar ohne chronische Störungen. Dem ist aber nicht so, wie nicht zuletzt neuere Untersuchungen belegen [37]. Von diesem oder jenem temporären oder Alltagsproblem abgesehen, leiden die meisten Männer im Leistungsalter nicht unter erheblichen Störungen ihres Sexuallebens und wenn doch, dann stehen diese Störungen meist in einem Kontext anderer und größerer Probleme (Schwierigkeiten in der Partnerschaft und/oder im gesamten Leben). Es geht dann immer um die Frage: Was

ist nicht-sexuell am Sexuellen [38]? Vier typische Fallbeispiele mögen dies illustrieren [39]:

*Beispiel 1: Sven (47) hat vor sechs Jahren seine Frau und zugleich seine Arbeitsstelle verloren. Seither bemühe er sich sowohl um Arbeit als auch um eine Frau, vergeblich. Er könne, so schreibt er, den Frauen nichts bieten. Nur einmal kam es zu Intimitäten. Es habe aber nichts geklappt. Er bezeichnet sich als »Totalversager«.*

*Beispiel 2: Lukas (35) ist Assistenzarzt und gibt an, oftmals zwölf Stunden und länger in der Klinik zu sein. Ein Privatleben habe er faktisch nicht. Ein paar Mal hatte er »Zufallssex«, wie er formuliert, der habe ihm aber nichts gegeben. Sein sexuelles Verlangen tendiere gegen Null.*

*Beispiel 3: Philipp (41) arbeitet weit entfernt von Frau und Kind. Sie würden täglich telefonieren und sähen sich auch per Skype. Er könne höchstens aller vier Wochen zu seiner Familie fahren. Da bräche es dann jedoch über ihn herein, es sei so viel zu erledigen, Muse für Sex hätten sie kaum, sie wolle meist, er aber oft nicht, nicht so auf die Schnelle und gewissermaßen »pflichtgemäß«, das habe er satt.*

*Beispiel 4: Die Lebensgefährtin Sahra (43) von Thorsten (39) habe sich heftig ein Kind gewünscht. Nach Eintritt der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes habe es keinerlei sexuellen Kontakt mehr gegeben. Thorsten arbeite auswärts. Wenn er heimkäme, sei Sylvia mit ihrem Kind meist bei ihrer Mutter, von Thorstens Mutter wolle sie nichts wissen. Sylvia habe, so schreibt Thorsten, das Kind an ihre Biografie, nicht aber an ein gemeinsames Familienleben geknüpft.*

Das Sexualleben der Männer in der Lebensmitte ist nicht frei von Enttäuschungen, Peinlichkeiten, Dunkelheiten. Wünsche bleiben unerfüllt und Gelegenheiten werden verpasst. Keineswegs aber ist es eine einzige Leidensgeschichte, von pathologischen oder sonstigen Ausnahmen abgesehen. Sexuelles ist vielmehr ein Faktor des eigenen Lebensglücks wie auch das der Paargruppe, in der die meisten Männer immer noch die meiste Zeit ihres erwachsenen Lebens verbringen. Schlimm wäre für sexuell Empfindsame und Liebeserfahrene, wenn in der Lebensmitte die sexuellen Wünsche und erotischen Sehnsüchte abhandenkämen, wenn sexuelle Spannungen nicht nur nicht gelöst werden könnten, sondern gar nicht aufkämen.

## Gesundheit

Die männliche Bevölkerung im mittleren Lebensalter ist äußerst differenziert und das spiegelt sich auch im Partner- und Sexualverhalten wider. Mehr oder weniger großes Differenzierungspotenzial haben soziografische Positionen wie Alter, Geschlecht (transidente Männer), territoriale, soziale und ethnische Herkunft, Bildung, Beruf, Tätigkeit, Einkommen, Besitz, Familienstand, Vaterschaft, Wohnort, Ortsgröße, Wohnbedingungen, Weltanschauung, Religion, politische Organisiertheit, Zugehörigkeit zu Fan-, Freizeit- und anderen Gruppen und Vereinen wie auch persönliche Profile, Charakter, Temperament, Leitbilder, Gewohnheiten, Aussehen, gewiss die sexuelle Orientierung [40] und natürlich die aktuellen und habituellen Lebensumstände und subjektiven Befindlichkeiten. Darauf kann hier nicht eingegangen werden. Auf ein für das Thema wesentlichen Differenzierungsfaktor soll jedoch nicht verzichtet werden: die Gesundheit.

Folgt man der WHO-Definition [41], bedeutet Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen, sondern ein allgemeines Wohlbefinden, das mehr oder weniger eng mit den oben genannten Differenzierungsmerkmalen zusammenhängt und von ihnen beeinflusst wird. Im Folgenden geht es eher um den engeren, populären Begriff von Gesundsein versus Kranksein, ohne den allgemeineren Begriff ganz zu vernachlässigen.

Die generelle Formel lautet: Wer gesund ist, hat häufiger Sex, und wer häufiger Sex hat, ist gesünder. Das ist nicht nur eine Redensart, sondern empirisch belegbar. Männer mit einem regen Sexualleben schätzen ihren Gesundheitszustand

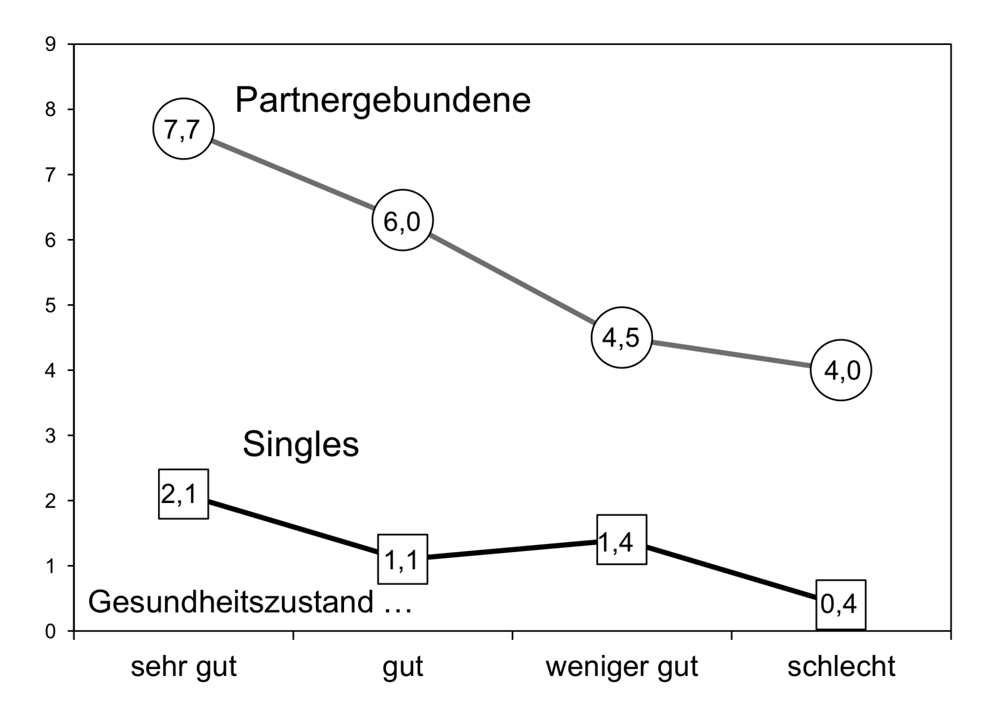



*Abb. 2: Monatliche Koitusfrequenz nach Gesundheitszustand. Quelle: Datensatz Beziehungsbiografien 30-, 45- und 60-jährige Männer [17]*

weit häufiger als gut ein als sexuell weniger oder nicht aktive. Und umgekehrt: Diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut bezeichnen, sind im statistischen Durchschnitt sexuell agiler, wählen frohgemuter verschiedene Varianten der sexuellen Interaktion und masturbieren häufiger als diejenigen, die ihn als schlecht bezeichnen [28]. Im Besonderen besteht ein enger statistischer Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und koitalem Verhalten: Gesunde Männer koitieren häufiger (siehe Abbildung 2).

Das trifft auf Singles stärker zu als auf Partnergebundene. In emotional starken und stabilen Partnerbeziehungen kommt auch bei nicht so gutem Gesundheitszustand die sexuelle Aktivität zumeist nicht zum Erliegen, nicht so in einer emotional brüchigen oder bei gar keiner Beziehung. Während innerhalb von Paarbeziehungen gesundheitliche Probleme bezüglich der sexuellen Interaktion noch aufgefangen werden können, ist das bei den Singles kaum der Fall. Bei schlechtem Gesundheitszustand masturbieren Single-Männer weniger (wenn auch immer noch häufiger als Partnergebundene), ihre koitale Aktivität tendiert gegen null. Ist das Sexualleben der Single-Männer schon bei bester Gesundheit im Durchschnitt nicht so intensiv wie bei Männern in fester Beziehung, so verschmälert es sich mit dem Krankwerden rasch [42].

Nach direkten gesundheitlichen Einflüssen gefragt, sagt reichlich die Hälfte von Partnergebundenen, dass in den letzten zwölf Monaten besondere Belastungen und besonderen Stress das Sexualleben beeinträchtigt haben, reichlich ein Drittel nennt körperliche und rund 10% nennen psychische Krankheiten. Mit zunehmendem Alter nehmen die Beeinträchtigungen durch Krankheiten erwartungs-

gemäß zu, und chronische Gebrechlichkeiten spielen eine größere Rolle. Umgekehrt allerdings ist die Beeinträchtigung durch besondere Belastungen und Stress bei den jüngeren Männern am größten [15].

Das Entscheidende ist wohl, das ideale Maß zu finden, wenn der Gesundheitszustand nicht gut ist. Das ist für die meisten alleinstehenden Männer eine unlösbare Aufgabe, nicht so für Paare, denen das meist zu gelingen scheint. Befragt danach, ob die Sexhäufigkeit im letzten Monat zu selten, gerade richtig oder zu oft war, antworten die Gesunden und die weniger Gesunden etwa gleich, nämlich mit »gerade richtig« [15].

Zwischen Sexualität und Gesundheit besteht bei Männern im mittleren Lebensalter eine enge und immerpräsente Wechselbeziehung. Letztlich strahlt ein erfülltes Sexualleben auf das allgemeine Wohlbefinden, die Lebenszugewandtheit, das männliche Selbstwertgefühl und viele andere Bereiche aus, nicht zuletzt auf die nahestehenden Personen aller Art.

## Handlungsempfehlungen

1. In Wissenschaft und Forschung sollte dem Mann in der Blüte seiner Jahre mehr Beachtung geschenkt werden. Das betrifft auch die Vergabe von Projekten der forschungsfördernden Institutionen. Theoretisch wäre aufs Neue zu reflektieren, was männliche Sexualität versus weibliche Sexualität eigentlich sei. Es könnte die Frage gestellt werden, ob nicht besser von der Sexualität der jeweiligen Personengruppe und der jeweiligen Person gesprochen werden sollte (Mann, Frau, trans*, inter*). Dabei müssten gründlicher die vorherrschenden, die aktuellen und auch die verblichenen Leitbilder von Mann und Männlichkeit hinterfragt werden.

Zudem wäre zu untersuchen, wie die sexuelle Sozialisation eines Menschen, der ein Mann wird, verläuft und inwieweit Sexuelles in seiner Sozialisation eine Rolle spielt. Dabei könnten Fragen gestellt werden wie: Was ist sexuelle Selbstbestimmtheit und Selbstverwirklichung des Mannes heute? Was macht seine sexuelle Lust und sein sexuelles Glück aus? Welche Chancen hat der Mann als Sexualwesen in der Gesellschaft und im Privaten? Welchen Gefahren ist seine Sexualität ausgesetzt?

In der empirischen Forschung, der qualitativen wie der quantitativen, sollten mehr komplexe und interdisziplinäre Untersuchungen zu Partnerschaft und Sexualität der Männer im mittleren Lebensalter durchgeführt werden. Sie sollten sich differenziert den Lebensbedingungen und den Kontexten von Sexualität zuwenden und verstärkt die förderlichen Faktoren eines anspruchsvollen Sexualverhaltens erkunden.

2. Diese komplexen Zusammenhänge und Kontexte, die man als die nicht-sexuellen Variablen des Sexuellen bezeichnen könnte, sollten im Zentrum aller Beratungen und der sexuellen Bildung stehen, so wichtig die konkreten sexuellen Sorgen und Nöte des Einzelnen auch immer sein werden und so notwendig eine konkrete Hilfe und die Anleitung zur Selbsthilfe auch sind. Der Mann im mittleren Lebensalter sollte in der Arbeit der Psychologen, Pädagogen, Ärzte, Sozialarbeiter, Beratungsstellen mehr Zuwendung erfahren und seine Sexualität mehr beachtet und ernst genommen werden.

3. Die wichtigste Kategorie für das Sexualwesen Mann im mittleren Lebensalter ist die berufliche Arbeit. Sie entscheidet wesentlich über seine Lebensbedingungen und seine Lebensgestaltung einschließlich der Lebensformen, der Partnerbeziehung, der gelebten Sexualität und der Reproduktion. Wird der Mann im mittleren Lebensalter daran gehindert, an gesellschaftlichen Primärtätigkeiten teilzuhaben und wird er aus dem Arbeitsprozess exkludiert, hat das verheerende Folgen für sein gesamtes Leben einschließlich des Sexuellen. Die Welt der Arbeit, die dazu neigt, nur den Wert des Mannes als Arbeitskraft zu sehen, muss im Kontext gesellschaftlicher und politischen Aktivitäten, Gesetzgebungen, Vereinbarungen stärker motiviert und verpflichtet werden, den Mann im mittleren Lebensalter nicht nur als Arbeitskraft, sondern als Gesamtpersönlichkeit mit vielen

Lebensbedürfnissen und Lebensverpflichtungen und eben auch als Sexualwesen zu sehen.

## Literatur


1 Statistisches Bundesamt. Bevölkerung. 2016 [zitiert am 28.4.2016]. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html
2 Schmidt G, Matthiesen S, Dekker A, Starke K. Spätmoderne Beziehungswelten. Wiesbaden: VS; 2006.
3 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). männer leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Köln: BZgA; 2004.
4 Bundesministerium des Innern (Hrsg.). Demografiebericht – Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes. Berlin: 2011.
5 Meulemann H. Bin ich meines Glückes Schmied? Zeitschrift für Soziologie. 2016;45(1):22–38.
6 Elsing S. Arbeitslose Akademiker. DIE ZEIT. 2011;4:36.
7 Stief CG, Hartmann U, Truss MC, Jonas U. Zeitgemäße Therapie der erektilen Dysfunktion. Berlin: Springer; 1999.
8 Porst H. Was jedermann über Sexualität und Potenz wissen sollte. Stuttgart: Thieme; 1991.
9 Lang K, Thüroff JW. Potenz: Wissenswertes für den Mann. München: Piper; 1994.
10 Seikowski K, Starke K (Hrsg.). Sexualität des Mannes. Lengerich: Pabst; 2002.
11 Tiger L. Auslaufmodell Mann. Wien: Deutike; 2000.
12 Richter, HE. Die Krise der Männlichkeit. Gießen: psychosozial; 2006.
13 Stiehler M, Klotz T. Männerleben und Gesundheit. Weinheim: Juventa; 2007.
14 Funk H, Lenz K. Sexualitäten. Weinheim: Juventa; 2005.
15 Starke K. Nichts als die reine Liebe. Beziehungsbiographien und Sexualität im sozialen und psychologischen Wandel. Lengerich: Pabst; 2006:13.
16 Schmidt G. Kinder der sexuellen Revolution. Gießen: psychosozial; 2000.
17 Datensatz Beziehungsbiografien 776 30-, 45- und 60-Jährige. 2002.
18 Wikipedia: Vollzug der Ehe. [zitiert am 30.4.2016]. https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Vollzug_der_Ehe&oldid=143710812.
19 Starke K. Fit for SexPower? Frankfurt am Main: Peter Lang; 2001.
20 Lautmann R. Soziologie der Sexualität. Weinheim: Juventa; 2002:225–244.
21 Ahrendt HJ, Friedrich C. Sexualmedizin in der der Gynäkologie. Berlin Heidelberg: Springer; 2015.
22 Dunde SR. Handbuch Sexualität. Weinheim: Deutscher Studienverlag; 1992:337–243.
23 Günther, E. Sexualität in sterilen Ehen. In: Seikowski K, Starke K (Hrsg.), Sexualität des Mannes. Lengerich: Pabst; 2002:110–114.
24 Sigusch V. Neosexualitäten. Frankfurt am Main: campus; 2005:23.
25 Datensätze Partnerstudien 1980, 1990, 1996, 2013 vgl. Starke K. Nichts als die reine Liebe. Lengerich: Pabst; 2006:13
26 Böhm M, Matthiesen S. Solosexualität im Spannungsfeld von Geschlecht und Beziehung. Zeitschrift für Sexualforschung. 2016; 29(1):21–41
27 Datensatz Beziehungsbiografien und Matthiesen S. Wandel der Liebesbeziehungen und Sexualität. Gießen: psychosozial; 2007.
28 Datensatz Beziehungsbiografien und Starke K. Nichts als die reine Liebe. Lengerich: Pabst; 2006:128–142.
29 Matthiesen S. Jugendsexualität im Internetzeitalter. Köln: BZgA; 2013.
30 Starke K. Das Konstrukt der Schädlichkeit von Pornografie. Kriminologisches Journal. Beiheft Sexualität. 2016.
31 Rose H. WHAT'S FAPPENING? Eine Untersuchung zur Selbstbefriedigung im 21. Jahrhundert. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2017: in Druckvorbereitung.
32 Barash DP, Lipton JE. The Myth of Monogamy. New York: Henry Holt and Company; 2001.
33 Clement U. Wenn Liebe fremdgeht. Berlin: Marion von Schröder; 2009:17–18.
34 Hudson L, Jacot B: Wie Männer denken. Frankfurt/Main: Campus; 1993.
35 Schmidt G. Das neue DERDIEDAS. Über die Modernisierung des Sexuellen. Gießen: psychosozial; 2014
36 Starke K. Epidemiologische und demographische Aspekte erektiler Dysfunktion. Sexualmedizin. 1998;1: 6–12
37 Matthiesen S, Hauch M. Wenn sexuelle Erfahrungen zum Problem werden. Familiendynamik. 2004;29(2):139–160.
38 Fahrner E, Kockott G. Sexualtherapie. Göttingen: Hogrefe; 2003:X,42–43.
39 Aus Briefen und E-Mails an den Verfasser. Privatarchiv.
40 Starke K. Einstellung zu Homosexualität in empirischen (Hetero-)Untersuchungen. In: Benkel T, Keilson-Lauitz M, Starke K, Mildenberger F (Hrsg.), Die andere Fakultät. Gesellschaft, Normen, Individuum. Hamburg: Männerschwarm, 2015:225–244.
41 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. 1946 [zitiert am 30.4.2016] https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf.
42 Datensätze Partnerstudien 1980, 1990, 1996, 2013. Datensatz Beziehungsbiografien.

# 2.8 Sexualität von behinderten Männern

*Udo Sierck*

**Zusammenfassung**
Vor vierzig Jahren zerbrachen sich Fachleute aus Pädagogik, Medizin und Theologie den Kopf darüber, ob behinderte Menschen Sexualität besäßen und wie diese gegebenenfalls kontrolliert werden könnte. Auch in der Gegenwart ist das Thema noch längst nicht frei von exkludierenden Vorurteilen enttabuisiert. Dabei müssen behinderte Männer und Frauen sich mit Körperidealen auseinandersetzen, die nicht die ihren sind. Sie werden entsprechend ›auf den ersten Blick‹ nicht als Liebhaber und Sexualpartner gesehen. Abhängigkeiten von Pflege und Assistenz schaffen eine emotionale und körperliche Nähe, die die Gefahr fehlender Distanz bis hin zum sexuellen Missbrauch mit sich bringt. Die Ansätze, durch Beratung und praktische Lösungen das Thema Sexualität und Behinderung nicht als Problemfall zu betrachten, führen noch ein Schattendasein.

Anmerkung: Im folgenden Text ist häufig von behinderten Männern *und Frauen* oder von behinderten *Menschen* die Rede. Dies ist der Realität geschuldet, da viele der beschriebenen Erfahrungen auf beide Geschlechter zutreffen.

**Summary: Sexuality of disabled men**
Forty years ago, specialists of education, medicine and theology worried whether disabled people had sexuality and how this could be possibly controlled. Even in the present, the subject is by no means free from exclusive prejudices. Thereby disabled men and women have to deal with body ideals that are not theirs. Accordingly they are not recognized as a lover and sexual partner at first sight. Dependencies of care and assistance generate an emotional and physical closeness, which leads to a risk of insufficient distance and sexual abuse. Such approaches are still not paid enough attention to, which look at »sexuality and disability« not as a problem but as an issue that should be supported with advice and practical solutions.

Note: In this document the terms ›disabled men *and women*‹ or disabled *people* are often used – this is due to the fact, that many experiences described apply to both genders.

---

## Rückblick

Der renommierte Behindertenpädagoge Prof. Dr. Heinz Bach wusste vor gut vierzig Jahren Rat, wenn sich bei behinderten Menschen die Sexualität regen sollte: Diese »Triebschübe« sollten durch Gebete, Gedichte und Lieder vertrieben werden. Dabei musste das Gebet »inbrünstig und wiederholbar, das Gedicht lang genug und die Melodie in Dur gesetzt und fortissimo gesungen sein, damit lange und laut das ›Besetztzeichen‹ ertönen kann, wenn der Triebschub sich in die Leitung drängen will« [1, 2]. Eltern sollten Umarmungen wegen der »sinnlichen Tönung« unterlassen, Anerkennung und Zuneigung könne ebenso durch aufmunterndes Augenzwinkern ausgedrückt werden [1, 2].

Mitte der siebziger Jahre erfuhr der seit Geburt behinderte Autor Fredi Saal, dass seine Vermittler im Arbeitsamt der Überzeugung waren, er »dürfe unmöglich in einem Betrieb

arbeiten, in dem überwiegend Frauen beschäftigt werden« [3]. Die Verwaltungsangestellten gingen selbstverständlich davon aus, dass die angeblich besondere und meistens unterdrückte Triebhaftigkeit behinderter Männer durch übermäßige äußere Reize unkontrolliert zum Ausbruch kommen würde.

Zur selben Zeit sprachen sich 66% der Bundesbürger dagegen aus, dass körperbehinderte Frauen oder Männer eigene Kinder haben dürfen. 41% der repräsentativ Befragten meinten, dass dieser Personenkreis – wenn überhaupt – untereinander heiraten sollte. Trat dieser Fall einmal ein, kommentierte der Volksmund wenig zimperlich: »Elend und Elend findet sich!« [4].

Ganz ähnlich sahen es Vertreter der pädagogischen und medizinischen Wissenschaften. So hieß es im Vorwort des 1977 erschienenen Fachbuches mit dem Titel »Sollen, dürfen, können Behinderte heiraten?«:

> »[Es sind] nach eigenen Aussagen Menschen, die Partnerschaft suchen und gern in engen sozial-emotionalen Beziehungen leben möchten […]. Sollen – können – dürfen Behinderte diesen Anspruch erheben und sollen – können – dürfen sie diesen Anspruch verwirklichen? […] Es besteht zur Beantwortung dieser Frage derzeit noch ein Vakuum. Weder Sexualwissenschaftler noch Moraltheologen, weder Rehabilitationsmediziner noch -pädagogen haben hinreichend oder überzeugend darzustellen versucht, dass behinderte Mitmenschen befähigt wären und zu Recht ihre Sexualität praktizieren dürften« [5].

Und ein Orthopäde ergänzt in dem Sammelband: »Ich war der Meinung, dass ein Spastiker so sehr mit anderen Problemen seiner menschlichen Existenz beschäftigt sei, dass die Sexualität für ihn keine Bedeutung haben könnte« [5].

Die selbsternannten Experten in Sachen Behinderung waren ernsthaft damit beschäftigt zu ergründen, ob ihre Klientel überhaupt Sexualität besitzt und wenn ja, ob diese gelebt werden dürfe. So kann es nicht verwundern, dass es den Fachleuten der Behindertenhilfe nicht in den Sinn kam, dass behinderte Menschen für sich selber und über ihre Sexualität sprechen können. Munter diskutierten in der Regel männliche Experten über die Köpfe der Betroffenen hinweg. Da halfen weder Appelle, noch wirkte gutes Zureden. Deshalb verhinderte die sich selbst so bezeichnende Hamburger Krüppelgruppe, eine Initiative der sich formierenden »Selbstbestimmt-Leben-Bewegung« behinderter Menschen, 1981 ein Hearing zur Sexualität »Behinderter«, wie es seiner Zeit geschlechtsneutral hieß. Denn unter den geladenen Fachleuten befand sich selbstverständlich weder eine behinderte Frau noch ein behinderter Mann. Und als die Protestierenden wissen wollten, warum die Experten behinderte Menschen und nicht sich selbst zum Thema machen wollten, war die Veranstaltung sehr schnell beendet. Dass behinderte Frauen und Männer in eigener Sache reden und die Fragestellung umkehren, war fern des Denkbaren.

Die sich in den 1980er Jahren formierenden emanzipatorischen Initiativen behinderter Frauen und Männer kritisierten (und wenden sich bis heute gegen) die Beurteilung durch den medizinischen Blick. Gemeint ist damit die seit der Aufklärung bestehende Auffassung, dass eine körperliche, seelische oder geistige Abweichung vom Normalzustand bei gleichzeitigem Ignorieren von sozialen und kulturellen Faktoren als Behinderung zu definieren sei. In dieser Tradition war die Rede von Schädigungen, Anomalien, Missbildungen oder körperlichen Defektzuständen. Die patriarchalische Wertung der überwiegend männlichen Fachleute kam zum Ausdruck, wenn von querschnittsgelähmten Frauen behauptet wurde, sie hätten kein sexuelles Verlangen, um andererseits von Penisprothesen und stimulierenden Medikamenten für den querschnittsgelähmten Mann zu schwärmen. Die individuelle Sexualität wurde erst abgesprochen oder infrage gestellt, um sie dann als Rehabilitationsprogramm zum Leben zu erwecken und in die ›richtigen‹ Bahnen zu lenken.

## Nähe und Missbrauch

Wer gegenwärtig öffentliche Toiletten aufsucht, bemerkt: Was ansonsten fein säuberlich in Frau und Mann getrennt ist – und Verwechslungen scheinen äußerst peinlich zu sein –, spielt bei behinderten Personen keine Rolle mehr: Es gibt das Behinderten-WC. Diese eher banale Beobachtung erlaubt die Frage: Sind behinderte Frauen und Männer in der allgemeinen Wahrnehmung noch immer die Wesen ohne Geschlecht? Das zu behaupten oder zu verneinen wäre in beiden Fällen zu kurz gegriffen. Denn die Zeit ist nicht stehengeblieben, Sexualität und Behinderung ist ein Thema, das gesellschaftlich immerhin zur Kenntnis genommen wird. Solange aber die ständige Problematisierung im Mittelpunkt steht, kann von Akzeptanz nicht die Rede sein. Dass »pro familia« nunmehr auf die Idee gekommen ist, ihre Beratungsstellen für behinderte Menschen zugänglich zu gestalten, wird hier und da schon als Meilenstein gewertet. Die Schwierigkeiten mit dem Thema sind allerdings differenzierter zu betrachten als die Freude über architektonische Selbstverständlichkeiten.

Zunächst hat Sexualität bekanntlich mit viel mehr zu tun als mit Geschlechtsverkehr. Es geht auch um Kommunikation, Blickkontakt, Berühren, um emotionale Nähe oder um Fantasie. Wenn behinderte Jugendliche oder Erwachsene dabei sind, dieses Verständnis von Sexualität für sich zu erkunden, stoßen sie auf manche Verletzung: Die meisten von ihnen bekamen von Kindheit an beigebracht, dass ihr Körper unzulänglich sei. Eine Beziehung zum eigenen Körper oder wenigstens ein Akzeptieren des eigenen Aussehens, der eigenen Bewegungen konnte schwerlich entstehen. Das bedeutet, man mag sich selbst nicht und zweifelt, dass andere Attraktives entdeckten könnten. Solche Ängste führen zu Zurückgezogenheit, behinderte Männer und Frauen scheuen (im Verhältnis zu ihrer Zahl) noch immer im hohen Maße die Öffentlichkeit.

Behinderte Kinder und Jugendliche erleben in der Regel, dass sie von Ärzten und Therapeuten ungewöhnlich häufig betastet und berührt oder schmerzhaft gezerrt werden (und manchmal werden sogar die Eltern in diese Übungen eingespannt). Sie lernen den körperlichen Kontakt als krankengymnastische Notwendigkeit oder medizinisches Diagnoseverfahren kennen. Und bis ins Jugendalter passiert es, dass wildfremde Menschen den behinderten Nachwuchs – wenn er nicht zu ungewöhnlich wirkt – an ihre Brust drücken und mit ein paar warmen Worten wieder entlassen. Umarmungen werden so zum Erlebnis einer Mitleidsbekundung, freundschaftliches Berühren verkommt zur gönnerhaften Geste. Gemeint ist nicht der oder die Umarmte, gemeint ist der Schreck vor der Behinderung, der auf den ersten Blick sympathisch überspielt wird. Bei behinderten Erwachsenen lösen diese Erfahrungen Skepsis aus: Welche Nähe ist ernstgemeint, welche ist Täuschung?

Vor diesem Hintergrund warnt der »Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) auf seiner Homepage vor der besonderen Gefährdung behinderter Kinder und Jugendlicher mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen [6]. Sie sind um ein Vielfaches häufiger von sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt betroffen. Während über das erschreckende Ausmaß für behinderte Mädchen und Frauen eine aktuelle und detaillierte Studie der Universität Bielefeld vorliegt, steht eine solche für behinderte Jungen und Männer noch aus [7]. Missbrauch findet vornehmlich in stationären Einrichtungen, aber auch in der Familie statt. Besonders gefährdet sind Menschen mit Hörbehinderungen, bei jenen »mit geistiger Beeinträchtigung bauen Täter und Täterinnen darauf«, dass »ihre Glaubwürdigkeit eher angezweifelt wird« [8]. Das erhöhte Risiko besteht, weil behinderte Jugendliche »von ihren Eltern und professionellen Helferinnen und Helfern zu wenig Wissen über ihren Körper und über Sexualität vermittelt« bekommen [8]. Ihr »positiver Zu-

gang zum eigenen Körper, ihre Sexualität wird noch immer stark tabuisiert« [8]. Diese Ahnungslosigkeit macht sie »extrem angreifbar für sexuellen Missbrauch« [8]. Hinzu kommt, dass behinderte Menschen oft auf Hilfestellung angewiesen sind. Die Erfahrung, dass andere täglich ihren Körper versorgen, kann dazu führen, »dass sie nicht wissen, dass ihr Körper ihnen gehört und sie selbst über ihn bestimmen können« [8]. Es ist schwierig, sich bei ständigen Berührungen am eigenen Schamgefühl zu orientieren und einzuschätzen, »ob eine Situation sexuell übergriffig ist« [8]. Und viele haben Angst zu protestieren, denn sie sind abhängig von der Hilfe anderer und von deren Wohlwollen. Erfolgte auch noch eine Erziehung zur Dankbarkeit, bleibt selbst gegenüber den Tätern und Täterinnen nur die Loyalität. Der Gedanke, sich zu beschweren, liegt zumeist in weiter Ferne.

## Körperbilder und Identität

»So ein kluger Kopf und dann diese Behinderung!« Was meine Gesprächspartnerin als Kompliment gemeint hat, ist in Wirklichkeit ein verletzendes Urteil. Der behinderte Mann wird zweigeteilt: Was in die Normalwelt passt, wird geschätzt und akzeptiert, der Rest ist ein bedauerlicher Schadensfall. Diese Erfahrungen sind zu bewältigen, bedürfen aber der Reflexion, um dementgegen ein ausreichendes Maß an Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen zu gewinnen und zu bewahren. Ebenso wichtig ist das soziale Umfeld, wenn es Bestätigung, Ermutigung und Rückhalt verleiht. Im Mittelpunkt zur Selbstfindung der Identität als behinderte Person steht die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit der Anpassung an die Werte der Normalität – also eine Reflexion über das Selbstbild, das man intellektuell durchschaut hat. Dies ist jedoch keine leichte Angelegenheit, weil das prüfende Nachdenken fast täglich provoziert wird und ein Ende dessen nicht in Sicht ist.

Die Gegensätze in der Bewertung von Menschen sind bekannt: Willkürlich gesetzte Maßstäbe von Schönheit siegen über Hässlichkeit, Jugend schlägt Alter und intellektuelle Fähigkeiten stehen über Lernschwierigkeiten. Aus dieser Erkenntnis heraus folgt das warnende Fazit, dass es bei einer stillschweigenden gesellschaftlichen Übereinkunft für die angeblich berechtigte Dominanz dieser Kriterien notwendigerweise zu Ausgrenzung kommt. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 ratifiziert hat, die die Gleichberechtigung auf allen Ebenen und in jeder Lebenslage als Menschenrecht festschreibt [9]. Obwohl das Wort »Sexualität« im Konventionstext an keiner Stelle auftaucht, wird allgemein interpretiert, dass nunmehr das Ausleben von Sexualität zu den garantierten Rechten behinderter Personen gehört. Doch was als Wort glänzt, ist noch lange nicht Realität. Anders formuliert: Wenn die beschworene umfassende Inklusion gelingen soll, müssen die Vorstellungen vom ewigen »Supermann« nachhaltig korrigiert werden. Danach sieht es nicht aus. Im Gegenteil scheint die Zurichtung in allzeit potente Körper grenzenlos. Kaum jemand kann sich dieser Ideologie entziehen.

Denn durch die Medientechnologie

> »sind wir nun erstmalig in einer Situation, in der wir von Bildern von Idealkörpern nahezu umstellt sind. Wir sehen – auch wenn wir es nicht wollen – mehr Bilder von Körpern als reale Körper. Und diese Bilder stellen überwiegend makellose, ebenmäßige, zumeist jugendliche Körper dar. Und auch die realen Körper, die wir sehen, versuchen den Bildern der Idealkörper gerecht zu werden, bzw. kaschieren, wann immer es möglich ist, die Stellen, die dem nicht gerecht werden. Es findet ein ästhetischer Terror der Makellosigkeit statt. Der alltägliche reale unvollkommene Leib kann unter der permanenten Präsenz der Attraktivität nicht hinreichend präsent sein. Der eigene Körper wird zunehmend mit den Bildern von Idealkörpern in Beziehung gesetzt – und schneidet dabei schlecht ab« [10].

Und auch mit Blick auf die Sexualität fällt auf,

> »dass diese fast ausschließlich in Zusammenhang mit makellosen und vor allem jugendlichen Körpern gezeigt wird. Schon für den Durchschnittsbürger – und erst recht für einen offensichtlich mit einem Stigma behafteten Menschen, wie z. B. einen Rollstuhlfahrer – hängt so die Latte, begehrt zu werden, sehr hoch – vor allem, da ja auch sein Begehren den jugendlichen Idealkörpern der Bilder gilt« [10].

In einem Aufsatz zur deformierten Identität behinderter Männer und deren emanzipatorischer Überwindung beschreibt der Autor Karsten Exner die Abkehr vom Ritual der Dankbarkeit und die notwendige Abkehr vom üblichen Körperideal als eine zentrale Aufgabe:

> »Der Aufwand, der nötig sein wird, um die eigene Emanzipation in einer Welt durchzusetzen, die es gewöhnt ist, dass Behinderte sich unterordnen und für das Angebotene Dankbarkeit zeigen, wird mindestens genauso groß sein, wie der permanente Versuch, die eigene Normalität zu beweisen« [11].

Für behinderte Männer und Frauen mit auffälligen Bewegungen oder ungewöhnlicher Ästhetik hilft weder der letzte Modehit aus Paris noch das teure sportliche Outfit – so wie sie sehen die Traumliebhaber nun mal nicht aus. Wer sich als behinderte Person auf die geltenden Werte einlässt, hat schon verspielt.

Der Filmemacher Niko von Glasow skizziert die Schwierigkeit, sich als behinderte Person eine positive Identität zu erkämpfen. Nach seiner Beobachtung steht die verdeckte Ausgrenzung mit gravierenden Wirkungen noch immer auf der Tagesordnung:

> »[N]icht nur die Gesellschaft versteckt uns, viele von uns verstecken sich deswegen gleich selber, weil es einfach zu anstrengend ist, sich ständig mit dieser Ablehnung auseinanderzusetzen. Diese Ablehnung ist eine sehr subtile, die nicht begrenzt ist auf irgendwelche Schichten, sondern eine in allen Gesellschaftsschichten vorkommende Berührungsangst. Die Menschen haben Angst vor uns. Auch deshalb sind sehr viele Contergan-Menschen seelisch so stark geschädigt, dass sie so weit gehen, nicht mehr leben zu wollen. Die Selbstmordrate unter Contergan-Leuten ist hoch. Diese Depressionen entstehen wesentlich als Kollateralschaden durch die Ablehnung der Gesellschaft« [12].

## Sexualität und Beratung

Matthias Vernaldi ist ausgebildeter Theologe, dem – nebenbei erwähnt – die Kirche die Weihe zum Priester verweigert, weil er sich im Rollstuhl bewegt. Er berichtet von seiner Erfahrung als Single,

> »dass mich viele der Prostituierten auch für Geld nicht an sich heranlassen wollten. Da ich relativ nett und in solchen Zusammenhängen sogar etwas schüchtern bin und meine Körperhygiene durchaus im Mittelfeld des europäischen Standards liegt, konnte das nur einen Grund haben: meine Behinderung. […] Erst diese Tatsache zeigte mir ziemlich brutal, welchen Unwert mein Körper auf dem Fleischmarkt hat« [10].

Als Ergebnis des Erlebten und nach Gesprächen mit der Sexarbeit-Organisation »Hydra« initiierte Vernaldi im Jahr 2000 mit anderen behinderten Männern eine Initiative zu Sexualität und Behinderung mit dem Namen »Sexybilities« unter dem Dach der Berliner Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen (ASL e. V.). Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit lag in der Beratung. Diese erfolgte nach dem Prinzip des peer counseling, das besagt, dass Betroffene am besten wissen, was Betroffene benötigen. Erfahrungsgemäß sind in dieser Konstellati-

on in den Gesprächen zwischen Ratsuchenden und Beratenden die Hemmschwellen geringer, um die wirklichen Probleme zu benennen. Bezüglich der Sexualität hat dieses Prinzip aber auch Grenzen. So müsste es nach dem peer counseling-Prinzip eine behinderte heterosexuelle Frau im Beratungsteam geben, ebenso eine lesbische Frau und einen schwulen Mann. Dem hält Vernaldi aus seiner Beratungspraxis die Erkenntnis entgegen: »In Bezug auf Sexualität scheint derselbe Erfahrungshorizont bezüglich der erotischen Abwertung des behinderten Körpers viel wichtiger zu sein als gleiche sexuelle Neigungen oder das Geschlecht« [13].

Die Dienste der Anlaufstelle »Sexybilities« wurden ehrenamtlich angeboten. Das hatte, neben privaten und beruflichen Veränderungen der beratenden Personen, zur Folge, dass diese Initiative seit 2014 nicht mehr existiert. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt in Deutschland nur das Institut zum selbstbestimmten Leben im niedersächsischen Trebel, das neben der Beratung auch Seminare mit Sexualbegleiterinnen und -begleitern anbietet.

Prekär wird das Thema Sexualität für behinderte Menschen, wenn sie in Heimen, Wohneinrichtungen oder im Elternhaus wohnen (müssen). Sie sind mit Situationen der Überbehütung und totalen Kontrolle konfrontiert. Zudem ist der Gedanke an intime Sexualität absurd, wenn die Bewohner in Zwei-, Drei- oder Vierbettzimmern leben. Eine Privatatmosphäre ist schlichtweg nicht gegeben. Verbreitet ist beim unterstützenden Personal nach wie vor die Meinung, man solle den »schlafenden Hund« der Sexualität nicht wecken, denn das würde die behinderten Bewohner unnötig beunruhigen und psychisch destabilisieren. Manipulationen in diesem Sinne können subtil ablaufen, etwa durch Aussagen wie: »Wenn Deine Freundin über Nacht bleibt, darf sie gar nicht mehr kommen« oder »Dafür ist kein Personal eingeteilt«.

Als Alternative ist seit einigen Jahren der sogenannte Körperkontaktservice in der Diskussion. Die Autorin Ilse Achilles berichtet über den Versuch, in München einen solchen Service aufzubauen:

> »Unser Arbeitskreis bestand aus Vertreterinnen der großen Träger, aus sehr selbst bewussten körperbehinderten Frauen und Männern und aus Psychologen, in deren Beratungsstelle der Service angesiedelt werden sollte. Wir kamen sehr weit mit unserem Konzept, hatten per Anzeige auch ein paar handverlesene Frauen und Männer gefunden, die die Dienstleistungen nach vorherigen Schulungen im Umgang mit körperlichen und geistigen Behinderung übernehmen konnten« [14].

Aber dann scheiterte das Projekt, weil niemand die Kosten übernehmen wollte – und aus Furcht vor der Zeitungsschlagzeile »Sex-Orgien im Behindertenheim!« [14]. Unbeantwortet bleibt die Frage, was schlimm an dieser Überschrift gewesen wäre. Am Beispiel eines kleinen angeblichen Skandals ließen sich die Vorurteile all jener Normalbürger thematisieren, die täglich klammheimlich Pornoseiten im Internet aufrufen, Sexualität von behinderten Personen aber irgendwie für unangebracht halten. Immerhin scheint es positiv gewendet so, dass Ansätze für eine Entwicklung vorhanden sind, die die befürchtete Überschrift in einem Boulevardblatt provozieren könnten.

Aber noch muss gegenwärtig und bezeichnenderweise in Beratungssituationen immer wieder betont werden, dass es »die Behindertensexualität« nicht gibt:

> »Behinderungsarten unterscheiden sich voneinander, in ihrer Schwere und von Individualgeschichte zu Individualgeschichte, wie sie auch innerhalb der Individualgeschichten der Betroffenen variieren. Sexualität ist eine Lebensenergie, die allen Menschen innewohnt. Sie hat individuelle Gestalt und wird gelernt. Wie und mit welchem Ergebnis, das ist bei Menschen mit oder ohne sichtbare Beeinträchtigung sehr unterschiedlich. Deshalb sollten wir endlich aufhören, von ›Behindertensexualität‹ zu reden« [15].

Diese eigentlich selbstverständliche Feststellung formuliert Frank Herrath. Er ist Gründer des Instituts für Sexualpädagogik, das in Dortmund Fortbildungsseminare für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus Sondereinrichtungen für behinderte Menschen anbietet. Im Mittelpunkt dieser Veranstaltungen steht die Frage: Was ist erlaubt, was ist verboten? Als Antwort gilt auch bei Sexualität und Behinderung der Grundsatz, dass jeder Ansatz der Fremdbestimmung die individuellen Rechte missachtet und juristische Sanktionen nach sich ziehen kann.

## Handlungsempfehlungen

### *Empfehlungen für die Politik*

Zur Sicherstellung des Menschenrechtes auf Sexualität ist die Politik gefragt. Einen Ansatzpunkt bietet die von Deutschland im Jahr 2009 ratifizierte Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen. Umzusetzen wäre nach der BRK das Recht für alle behinderten Personen, selbst ihren »Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben« wollen [16]. Nach Artikel 22 und 23 ist jedem behinderten Menschen in jeder Wohnform eine geschützte Privatsphäre zu garantieren und die staatliche Unterstützung zu sichern, um sich für ein Leben in Partnerschaft und mit Kindern entscheiden zu können.

### *Empfehlungen für die Informationspolitik*

Zur Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen gehört, dass der Standard von 90cm breiten Betten in Wohneinrichtungen variiert wird und dass Einheiten für Paare und Familien angeboten werden. Zur konsequenten Umsetzung der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gehören Informationsangebote über Sexualität, Familienplanung und Unterstützungsangebote für behinderte Eltern und ihre Kinder. Zu denken ist »an Flirtkurse und Selbstbehauptungstraining, die Begleitung zu spezialisierten Beratungsstellen« und »Unterstützung bei der Wohnungssuche« [16].

### *Empfehlungen für die Ausbildungspolitik*

Eine weitere Handlungsoption besteht darin, dass in der Ausbildung zur sozialen Arbeit, zur Heil- oder Behindertenpädagogik das Thema Sexualität als Pflichtmodul in den Lehrplan verankert wird. Dabei soll sich nicht auf die »nackte« Darbietung des Phänomens als solches konzentriert werden, sondern um die facettenreiche Frage, wie dieses Menschenrecht garantiert werden kann.

## Schlussbemerkungen

Viele betrachten Sexualität als die schönste Nebensache der Welt. Kommt der Aspekt Behinderung hinzu, verändern sich seltsamerweise die Betrachtungen. Es wird erörtert und problematisiert. Der subjektiv wohlmeinende Verweis darauf, behinderte Personen hätten selbstverständlich *auch* eine Sexualität, beinhaltet bereits eine Herablassung. Es muss also heißen: Männer und Frauen haben manchmal »Schmetterlinge im Bauch«. Lasst sie fliegen – es wäre an der Zeit!

### Literatur

1 Bach H. Sexuelle Erziehung bei Geistigbehinderten. Berlin: Carl Marhold; 1971:8.
2 Klee E. Behinderten-Report. 10.Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer; 1981:174.
3 Klee E. Behinderten-Report. 10.Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer; 1981:171.
4 Sierck U. Verletzt, ausgeschlossen und entmutigt. Wie die sexuellen Wünsche Behinderter behindert werden. In: Leserinitiative Publik-Forum e. V. (Hrsg.). Nackter als nackt komm' ich zu dir: Sexualität (Publik-Forum Extra). Oberursel: Publik-Forum; 1990:110.

5 Kluge H. J., Sparty L. (Hrsg.). Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten?. Bonn-Bad Godesberg: Reha-Verlag; 1977:94.
6 Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (Hrsg.). Hilfeportal Sexueller Missbrauch. [zitiert am 27.6.2016]. https://www.hilfeportal-missbrauch.de/startseite.html.
7 Bundesministerium für Familie. Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Ergebnisse der quantitativen Befragung [Endbericht]. 2013. http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-und-Belastungen-von-Frauen-mit-Behinderungen-Langfassung-Ergebnisse_20der_20quantitativen-Befragung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf.
8 Unabhängiger Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (Hrsg.). Besondere Gefährdungen von Mädchen und Jungen mit Behinderungen https://www.kein-raum-fuer-missbrauch.de/fileadmin/Content/Downloads/Print/Besondere_Gefaehrdungen.pdf.
9 Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.). Die UN-Behindertenrechtskonvention-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile.
10 Vernaldi M. Leib und Makel – Körperbilder, Eros und Behinderung. [Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung »Behinderung ohne Behinderte?! Perspektiven der Disability Studies«]. Hamburg: Universität; 2010.
11 Exner K. Deformierte Identität behinderter Männer und deren emanzipatorische Überwindung. 1997 [zitiert am 23.8.2014] http://bidok.uibk.ac.at/library/exner-deformiert.html.
12 Glasow N, von Dabrowska A. NoBody's Perfekt. München: Sandmann; 2008:71.
13 SelbstBestimmt Leben e. V. Bremen (Hrsg.). Peer gesucht! Spätere Inklusion nicht ausgeschlossen, Peer-Konzepte zwischen Empowerment und (Selbst-)Ausgrenzung in Schule und Behindertenhilfe [Dokumentation]. Bremen 2011:15 [zitiert am 26.7.2016]. http://www.slbremen-ev.de/dokumente/upload/3946c_dokumentation_peer_gesucht_online_fassung.pdf.
14 Achilles I. Störfaktor Sexualität – Selbstbestimmung im Spannungsfeld zwischen Betroffenen, Eltern und Pädagogen. In: Clausen J, Herrath F (Hrsg.), Sexualität leben ohne Behinderung Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer; 2012:118.
15 Herrath F. Menschenrecht trifft Lebenswirklichkeit: Was behindert Sexualität? In: Clausen J, Herrath F (Hrsg.), Sexualität leben ohne Behinderung Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer; 2012:21.
16 Zinsmeister J. SexAbility. Oder: Wie Behinderung die Geschlechter in Ordnung und das Begehren unter Kontrolle hält. Sozialmagazin. 2015;7–8:41ff.

## Ergänzende Literatur

1 Achilles I. »Was macht Ihr Sohn denn da?«: Geistige Behinderung und Sexualität?. München: Ernst Reinhardt; 2010.
2 Degener T. Diehl E (Hrsg.). Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 2015.
3 pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. (Hrsg.). Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderungen [Expertise], 2005 http://docplayer.org/6873759-Expertise-sexuelle-assistenz-fuer-frauen-und-maenner-mit-behinderungen.html.
4 Sandfort L. Das Recht auf Liebeskummer. Emanzipatorische Sexualberatung für Behinderte. Neu-Ulm: AG SPAK; 2012.
5 Blinde und Kunst e. V. (Hrsg.). Sexistenz – Nahaufnahmen. Köln: 2014.
6 Sierck U. Budenzauber Inklusion. Neu-Ulm: AG SPAK; 2013.

# 2.9 Behinderungsformen und ihre Relation zu Geschlecht und Gesundheit mit Fokus auf männliche Sexualität

*Michaela Katzer, Theodor Klotz & Doris Bardehle*

**Zusammenfassung**

Eine systematische wissenschaftliche Datenlage bezüglich der Relation von Sexualität, insbesondere männlicher Sexualität, zu den verschiedenen Behinderungsformen, ist nicht vorhanden. Dies ist verständlich aufgrund der Vielzahl von Behinderungsformen. Die Komplexität wird erhöht, da zudem zwischen körperlicher und geistiger Behinderung unterschieden werden muss. Eine isolierte Betrachtung der Sexualorgane und deren Funktion (z. B. Erektionsfähigkeit) ist nicht zielführend. Arbeiten, die Teilaspekte von Behinderung und Sexualität behandeln, gibt es reichlich und sind ein Hinweis auf die Bedeutung der Thematik. Daher soll die nachfolgende Arbeit zunächst als Bestandsaufnahme verstanden werden. Zunächst wird eine prinzipielle Differenzierung nach Art der Behinderung durchgeführt und die Einschränkungen auf die Sexualität (insbesondere auf die männliche Sexualität) beschrieben. Klar ist, dass dies nur der Ausgangspunkt einer größeren Untersuchung sein kann.

**Summary: Types of disabilities in relation to gender and health focused on men's health**

Systematic and scientific data concerning the relationship between disabilities and sexuality, especially various types of disability and male sexuality do not exist. This is understandable, given the many types of disabilities. As there is to be distinguished between physical and mental disabilities, the complexity of the matter is even increased. An isolated focus on sexual organs and their functions (e.g. erectile dysfunction) is not appropriate. There are abundant number of studies regarding partial aspects of disability and sexuality. This is a strong indication for the importance of the issue. Therefore, the following study shall serve as a survey. First, various types of disabilities in general and thereafter, the restricting consequences for sexuality, in particular male sexuality shall be described. No doubt, this survey can be no more than a beginning of a larger analysis in the future.

---

## Einleitung

»Behinderung« als gesellschaftliche Vorstellung und weitreichender Oberbegriff für fortdauernde Merkmale von Personen stammt aus dem zwanzigsten Jahrhundert. Nach amtlichen Statistiken nahm der Bevölkerungsanteil an Behinderten beständig zu [1], und allem Anschein nach auch die Bedeutung, die Behinderten sowohl in den Massenmedien als auch in der Gesetzgebung – beides Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung – beigemessen wird. Die Industrialisierung ging mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten einher, derentwegen 1884 die gesetzliche Unfallversicherung eingeführt wurde. Zwei Weltkriege führten zu einem erheblichen Aufkommen an kriegsversehrten »Schwerbeschädigten« und zum Teil erheblichen psychischen Folgeschäden. Fortschritte der Medizin und Verbesserungen des Gesundheitssystems ermöglichten

ein Fortleben mit Krankheiten, die in früheren Epochen nur kurze Zeit überlebt wurden. Der Wandel der Lebensumstände und Gewohnheiten brachte Probleme mit sich, die früher nur selten zutage traten. Der demografische Übergang erhöhte die Erwartungshaltung des sozialen Umfeldes ans einzelne Individuum.

In Westdeutschland wurden vorherige Aufzählungen von Behinderungen 1974 (BGBl. I, S. 981–998) zu »körperlich, geistig oder seelisch behindert« zusammengefasst, und 1986 (BGBl. I S., 1110–1119) Behinderung als Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten hinweg operationalisiert. 1994 (BGBl. I, S. 3146-3148) wurde ins Grundgesetz aufgenommen, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Diese Formulierungen gelten seitdem auch weiterhin.

Behinderungen lassen sich nach verschiedenen Kriterien und Systemen kategorisieren, wobei selbstverständlich ein Individuum auch mehrere unterschiedliche Behinderungen haben kann. Amtliche Statistiken nehmen deswegen Bezug auf die jeweils schwerste Behinderung. Kategorisierungen können helfen, geschichtliche und gesellschaftliche Einstellungen und Umgangsweisen zu erfassen und zu verstehen.

Seit 2005 liegt die 2001 von der WHO herausgegebene »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« als deutsche Übersetzung durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vor. Sie ist einerseits kompliziert, andererseits bildet sie bestimmte Umstände nicht hinreichend genau ab [2], darum wird im Folgenden nach pragmatischen Erwägungen – insbesondere zur Übersichtlichkeit und Verständlichkeit – entlang der deutschen Kategorisierung [1–3] geordnet. Es wird die folgende Einteilung für die jeweils schwerste Behinderung gewählt (s. Tab. 1 und Tab. 2):

1. Stütz- und Bewegungsapparat
2. Innere Organe
3. Sinnes- und Kommunikationsapparat
4. Minderbegabungen und Demenzen
5. (andere) psychische Anomalien
6. Restkategorien

Eine weitere Anmerkung ist voranzustellen: Zur Einteilung nach Art der Behinderung läge dem Gesetzeswortlaut nach die Unterscheidung nach körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen als führende Unterteilung nahe, was jedoch nicht so erfolgte. Die von 1920 bis 2008 benutzten »Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit« [3] und die seit 2009 geltende »Versorgungsmedizin-Versorgung« [2] gruppieren geistige und seelische Behinderungen als Unterpunkte unter Schäden von (zentralem und peripherem) »Nervensystem und Psyche«. Das statistische Bundesamt gruppiert vergleichbar.

## Datenlage zu schwerbehinderten Menschen

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht im Abstand von zwei Jahren eine Bestandsstatistik über schwerbehinderte Personen. Dazu zählen Personen mit einem Behinderungsgrad von 50 bis 100, der nach ärztlicher Begutachtung aufgrund der Schwere der Behinderung zugeordnet wird.

Am 31. Dezember 2013 waren 7,5 Millionen Schwerbehinderte amtlich anerkannt [1]. Das entsprach einem Anteil von 9,3% der Bevölkerung. Knapp über die Hälfte dieses Personenkreises (51,0%) waren Männer [1].

- ➢ Von allen schwerbehinderten Jungen und Männern waren knapp 5% jünger als 25 Jahre, 43% waren zwischen 25 und 65 Jahren alt, 52% waren 65 Jahre oder älter.
- ➢ Etwa 4% hatten angeborene Behinderungen. Etwa ebenso groß war der Anteil derjenigen, mit durch Unfälle (oder Berufskrankheiten) verursachter Behinderung. Somit resultierten 92% der Behinderun-

gen aus Krankheiten, sonstigen oder ungenügend bezeichneten Ursachen.

- Die Zahl schwerbehinderter Männer betrug im Jahre 2013 insgesamt 3.851.568 Personen und ist seit dem Jahr 2001 (3.530.018) um 321.550 angestiegen, also um etwa 9%.
- Global gesehen stieg die Zahl an behinderten Menschen infolge von Schädigungen innerer Organe nur um 2% und machte mit 28,4% die größte Gruppe der behinderten Männer aus (s. Tab. 2). Der nähere Blick in diese Hauptkategorie offenbart einen Anstieg der Beeinträchtigungen des Urogenitaltraktes, wohingegen die große Zahl der Behinderungen infolge von Herz-Kreislauf-Schäden im Vergleichszeitraum deutlich sank, absolut gesehen aber immer noch etwas höher als erstere lag (s. Tab. 1).
- Die Zahl der Personen mit Schädigungen des Bewegungsapparates sank geringfügig um 3%. Mit 24,9% aller behinderten Männer stellten sie die zweitgrößte Gruppe (s. Tab. 2).
- »Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen« stiegen über den Vergleichszeitraum hinweg um 32% gegenüber der Ausgangszahl an und betrafen nunmehr 17,6% aller behinderten Jungen und Männer (s. Tab. 2).
- Die Zahl der behinderten Personen mit Lern-/geistigen Behinderungen stiegen von 2001 bis 2013 um 18% und machten im Jahr 2013 bei Männern 4,6% aller Behinderungen aus (s. Tab. 1).
- Die Zahl der behinderten Personen mit hirnorganischem Psychosyndrom stieg von 2001 bis 2013 um 119.000 an, das entspricht einem Anstieg von 30% (s. Tab. 1). Im Jahr 2013 waren 7,2% aller männlichen Behinderten dieser Gruppe zuzuordnen (s. Tab. 1).
- Die Zahl der Personen mit Behinderungen der Sinnes- und Kommunikationsfunktionen stieg von 2001 bis 2013 um 7% und betraf im Jahre 2013 insgesamt 8,2% aller Behinderungen bei Männern. Hör- und Sprachbehinderungen haben in dieser Kategorie den größten Anteil (Tab. 2).
- Innerhalb der Kategorie der geistigen und seelischen Behinderungen ist der Anstieg von 2001 bis 2013 vor allem auf »Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen« mit einem relativen Anstieg von 208% zurückzuführen (Tab. 1). Der Anteil dieser Diagnosegruppe betrug im Jahr 2013 bei behinderten Männern 3,0%.
- In der Kategorie »Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten« haben 122.361 Männer einen Behindertengrad von 100 [1], der mit einem erheblichen Hilfebedarf, teilweise rund um die Uhr, einhergeht und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erheblich einschränkt (s. hierzu auch Beitrag 2.8).

## Ausgewählte Behinderungsarten

### Stütz und Bewegungsapparat

Behinderungen der Funktion des Stütz- und Bewegungsapparates können auf sehr verschiedenen Ursachen beruhen, insbesondere auf Unfällen. In allen Altersgruppen ab dem sechsten Lebensjahr und bei allen Unfallkategorien zeigt die Statistik, dass tendenziell mehr Jungen und Männer Unfälle mit nachfolgenden bleibenden Behinderungen erleiden [1]. Im Jahre 2013 lagen 107.552 Einstufungen von Schwerbehinderungen aufgrund von Arbeitsunfällen, Verkehrsunfällen, Häuslichen Unfällen und Sonstigen Unfällen vor [1; Tab. 3.3.1]. Diese Behinderungen erscheinen oft gesellschaftlich am nachvollziehbarsten, vor allem, wenn deswegen Gehstock oder Rollstuhl als Hilfsmittel benutzt werden. Sie sind öffentlich sichtbar. Dennoch gibt es weiterhin Gebäude und Verkehrsmittel, die schwer oder nicht zugänglich sind. Menschen, die einen Rollstuhl benutzen, sitzen dadurch gewöhnlich tiefer als

*Tab. 1: Prozentuale Entwicklung von schwerbehinderten Personen von 2001 bis 2013 und schwerbehinderte Männer im Jahre 2013 nach betroffenen Organen, Deutschland. / Quelle: Statistisches Bundesamt. Statistik 2016. Schwerbehinderte Menschen. 2013; Fachserie 13, Reihe 5.1, Tab. 1.2.2. Eigene Erstellung.*

| Kategorien | Art bzw. betroffene Organe der schwersten Behinderung | Trendentwicklung von 2001–2013 | | Schwerbehinderte Männer 2013 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | absoluter Anstieg m+w* in Tsd. | relativer Anstieg m+w in % | Bestand am 31.12.2013 | Männeranteil (%) innerhalb dieser Behinderung | Anteil (%) an allen behinderten Männern |
| 1a | (Teil-)Verlust Gliedmaßen | -27 | -31 | 43.189 | 69 | 1,1 |
| 1b | Funkt.einschr. Gliedmaßen | 5 | 0,5 | 472.867 | 48 | 12,3 |
| 1c | Wirbelsäule und Rumpf | -30 | -3 | 443.709 | 49 | 11,5 |
| | dar.: Brustamp./Kleinwuchs° | - | - | 3.761° | 2 | 0,1 |
| 2a | Herz-Kreislauf-System | -287 | -38 | 304.006 | 64 | 7,8 |
| 2b | Atemwege/Lungen | 3 | 1 | 168.991 | 59 | 4,4 |
| 2c | Verdauungsorgane | 20 | 8 | 165.204 | 57 | 4,3 |
| 2d | Urogenitaltrakt | 210 | 72 | 270.548 | 54 | 7,0 |
| 2e | Blut/Stoffwechsel | 93 | 40 | 183.435 | 57 | 4,7 |
| 3a | Sehbehinderung | 3 | 1 | 147.755 | 41 | 3,8 |
| 3b | Hör-/Sprachbehinder. | 44 | 16 | 168.329 | 53 | 4,4 |
| 4a | Querschnittslähmung | 17 | 0,5 | 11.811 | 69 | 0,3 |
| 4b | hirnorg. Anfallsleiden | 4 | 3 | 83.588 | 53 | 2,2 |
| 4c | hirnorg. Psycho-Syndrom | 119 | 30 | 275.576 | 53 | 7,2 |
| 4d | Lern-/geistige Behinderung | 48 | 18 | 175.455 | 59 | 4,6 |
| 4e | Endogene Psychosen | 66 | 44 | 104.585 | 49 | 2,7 |
| 4f | Persönl./Verhaltensstörung | 186 | 208 | 114.697 | 42 | 3,0 |
| 4g | Suchtkrankheiten | 27 | 87 | 40.998 | 71 | 1,1 |
| 4a–4g | ZNS insgesamt | 447 | 41 | 806.710 | 52 | 20,9 |
| 5 | Sonstige ungenau bez. Behind. | 357 | 37 | 673.064 | 51 | 17,5 |
| 1–5 | Insgesamt | 837 | 12 | 3.851.568 | 51 | 100,0 |

*° Da in dieser Kategorie weniger als 4.000 Männer sind, wird diese Gruppe keiner Hauptkategorie zugeordnet, sondern der Restkategorie zugeordnet.*

*Tab. 2: Prozentuale Entwicklung von schwerbehinderten Personen von 2001 bis 2013 und schwerbehinderte Männer im Jahre 2013 nach Kategorien, Deutschland. / Quelle: Statistisches Bundesamt. Statistik 2016. Schwerbehinderte Menschen. 2013; Fachserie 13, Reihe 5.1, Tab. 1.2.2. Eigene Erstellung.*

| Hauptkategorien | Kategorien | Trendentwicklung von 2001–2013 | | Schwerbehinderte Männer 2013 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | absoluter Anstieg m+w* in Tsd. | relativer Anstieg m+w in % | Bestand am 31.12.2013 | Männeranteil (%) innerhalb dieser Behinderung | Anteil (%) an allen behinderten Männern |
| 1 | Bewegungsapparat | -52 | -3 | 959.765 | 49 | 24,9 |
| 2 | Innere Organe | 39 | 2 | 1.092.184 | 58 | 28,4 |
| 3 | Sinne/Kommunikation | 47 | 7 | 316.084 | 47 | 8,2 |
| 4 | Querschnittslähmung/ zerebrale Störungen/geistige und seelische Behinderungen/Suchtkrankheiten | 447 | 41 | 806.710 | 52 | 20,9 |
| 5 | Sonstige und ungenügend bez. Behinderungen Brustamputation/Kleinwuchs | 361 | 32 | 676.825 | 51 | 17,6 |
| 1–5 | Insgesamt | 837 | 12 | 3.851.568 | 51 | 100,0 |

** Da die gelisteten Veröffentlichungen des statistischen Bundesamts für den Vergleich mit den Vorjahren keine nach Geschlechtern getrennten Daten aufführt, konnte der behinderungsbezogene Anstieg nur auf die Gesamtzahl bezogen werden (Tab. 1 und Tab. 2).*

wenn sie aufrecht gingen oder stünden, was in Kommunikationssituationen unvorteilhaft sein kann. Höhenunterschied und Mobilitätseinschränkung können gerade auch für Männer ungewohnt und herausfordernd sein.

Osteosynthesematerialien, Endoprothesen und Versteifungen an Achsenskelett und Extremitäten können zwar Instabilitäten ausgleichen, oft aber doch nicht den vorherigen Bewegungsumfang wiederherstellen. An Flugplätzen und bestimmten hoheitlichen Gebäuden sind Metalldetektoren zur Sicherheitskontrolle aufgestellt, sodass die Betroffenen guttun, eine entsprechende Bescheinigung mitzuführen.

Querschnittslähmungen gehen meist auch mit Beeinträchtigungen von Blasen-, Sexual- und Darmfunktion einher. Der intermittierende Selbstkatheterismus gilt als Mittel der Wahl und erfordert neben viel Platz im WC-Raum auch Geschick und mitgeführte Einwegmaterialien. Zusätzlich sind gewöhnlich Anticholinergika mit entsprechenden Nebenwirkungen erforderlich, um den intravesikalen Druck zu senken und Nierenschädigungen entgegenzuwirken. Die Darmentleerung ist ebenfalls aufwendig und erfordert mehr Zeit sowie Zäpfchen oder andere Hilfsmittel. Vielen Männern ist es für ihr Selbstverständnis auch wichtig, weiterhin Erektionen zu haben und damit Geschlechtsverkehr ausüben zu können, selbst dann, wenn sie dabei selber kaum genitale Erregung verspüren. Phosphodiesterasehemmer

und Schwellkörperinjektionen können zu Steifigkeit und Dauer der Erektion beitragen, werden aber nur von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen. Implantierbare Neuromodulatoren und Vorderwurzelstimulatoren können in bestimmten Konstellationen hilfreich sein, bringen aber weiteren Aufwand und auch gewisse Risiken mit sich [4, 5].

Als weiteres Problem bei Immobilität, insbesondere auch bei Querschnittslähmung, vor allem im Gesäßbereich, sind Lagerungsgeschwüre zu nennen, die zu Gewebedefekten führen, welche im Rahmen stationärer Aufenthalte aufwendig und langwierig zu decken sind und verbesserte Prophylaxe erfordern [6].

Vergleichbares gilt für Ulzerationen (Geschwüre) an den Füßen bei Polyneuropathie und/oder Angiopathie, insbesondere bei schlecht eingestelltem Diabetes mellitus oder bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK). Oft werden letztlich Amputationen erforderlich, welche die Mobilität weiter einschränken. Sexualität tritt hier aufgrund der Grundmorbiditäten eher in den Hintergrund.

Auf Menschen mit Amputationen oder angeborenen Defekten der Gliedmaßen reagieren – wohl auch vorbewusst – viele Menschen mit Vorbehalten, andere fetischisieren die Betroffenen [7], was in beiden Fällen unangenehm sein kann und die gesellschaftliche Inklusion beeinträchtigt. Die Nützlichkeit von Gliedmaßenprothesen hinsichtlich mechanischer Funktion und Minderung sozialer Auffälligkeit wird von Patient zu Patient unterschiedlich bewertet.

## Innere Organe

Viele Behinderungen durch chronische Erkrankungen innerer Organe fallen im Alltag nach außen kaum auf, können die Betroffenen aber dennoch erheblich einschränken. Beeinträchtigungen unterschiedlicher Genese an Herz, Kreislauf und Lunge können die körperliche Leistungsfähigkeit und den Bewegungsradius deutlich reduzieren (s. hierzu auch Beitrag 4.6). Insbesondere das früher noch mehr als heutzutage männlich konnotierte Tabakrauchen führt zu Herzinfarkten und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen, aber auch zu Neoplasien (Krebs).

Auch Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind eingeschränkt, weil sie gegebenenfalls kurzfristig eine Toilette aufsuchen müssen. Sie und Menschen mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis müssen nicht selten Glukokortikoide einnehmen, welche die Knochen schädigen und die Psyche beeinflussen können, und/oder Zytostatika. Beide Gruppen von Medikamenten beeinträchtigen auch das Immun- und (ggf. indirekt) das Nervensystem. Neoplasien und andere Darmerkrankungen können es zudem erforderlich machen, dass ein künstlicher Darmausgang gelegt und versorgt wird. Dergleichen fällt im Idealfall im Alltag kaum auf, kann aber bei Intimkontakten hinderlich sein und zu Vermeidungsverhalten beitragen – auch das ist ein Problem für das männliche Selbstverständnis [4, 6, 8].

Typ-1-Diabetes tritt meist spontan durch Autoimmungeschehen in jungen Jahren auf und erfordert von Anfang an ein engmaschiges Behandlungskonzept mit mehrmals täglichen Blutzuckermessungen und Insulininjektionen, um hirnschädigende Hypoglykämien, diabetisches Koma und diabetische Spätschäden so gut wie möglich zu vermeiden. Der Typ-2-Diabetes gilt als Zivilisationskrankheit und zeigt sich im Allgemeinen weniger dramatisch und kann lange durch orale Medikation gut behandelt werden, besteht aber oft schon viele Jahre vor Diagnose und kann in dieser Zeit bereits erhebliche diabetische Spätschäden angerichtet haben. Die Spätschäden betreffen insbesondere Augen, Nierenfunktion, Polyneuropathie und Gefäßveränderungen. Die Polyneuropathie beeinträchtigt insbesondere die Erektionsfähigkeit, was vielen Männern sehr zu schaffen

macht, sie aber oft zu verbalisieren scheuen. Therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung von Erektionsstörungen und Ejakulationsstörungen sind vorhanden und werden in einem anderen Kapitel thematisiert. Auf das diabetische Fußsyndrom wurde bereits eingegangen [5].

Schilddrüsenerkrankungen treffen statistisch sicher mehr Frauen, wobei die Hashimoto-Thyreoiditis trotz wechselnder Symptomatik oft mehrere Jahre unerkannt bleibt. Dergleichen kann auch bei Männern vorliegen.

Das nicht-klassische adreno-genitale Syndrom (Late-onset-AGS) dürfte nach humangenetischem Kenntnisstand bei Männern nicht seltener sein als bei Frauen, es fällt jedoch seltener auf, zum Beispiel bei Abklärung männlicher Subfertilität. Mitunter wurden aber auch testikuläre adrenale Resttumoren irrtümlich als Hodenmalignome verkannt und entsprechend weitreichend behandelt [5, 9].

Nierenschädigungen treten oft schleichend ein und werden gegebenenfalls erst im fortgeschrittenen Stadium bei Abgeschlagenheit und Anämie erkannt. Häufige Ursachen sind Diabetes, Bluthochdruck und längere fortgesetzte Anwendung von Schmerzmitteln, aber auch postrenale Schädigungen durch chronischen Harnstau oder wiederkehrende aufsteigende Harnwegsinfekte können bedeutsam sind. Bei Nierenversagen ist Hämodialyse dreimal wöchentlich erforderlich, belastend und zeitraubend. Häusliche Bauchfelldialyse setzt Disziplin und entsprechendes Equipment voraus.

Die benigne Prostatahyperplasie (gutartige Vergrößerung der Prostata) kommt vor allem bei Männern mittleren bis höheren Alters vor und kann die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen, unbehandelt kann sie bis zum postrenalen Nierenversagen führen. Wenn die medikamentöse Behandlung nicht mehr hinreicht, kommt die Operation in Betracht, die aber zu retrograder Ejakulation (Ejakulation in die Blase) führt, was manche Männer irritiert und die Fähigkeit zur konventionellen Kindszeugung praktisch aufhebt. Eine Harninkontinenz besteht, wenn überhaupt, hierbei nur vorübergehend [10].

Leberschäden sind häufig Folgen von langjährigem Alkoholkonsum, welcher in westlichen Gesellschaften auch gemeinhin männlich konnotiert wird. Auch Medikamente können die Leber schädigen, wenn beispielsweise das frei verkäufliche Paracetamol aus Unbedachtsamkeit oder aus suizidaler Absicht in hohen Mengen eingenommen wird. Insbesondere als Folge von Risikoverhalten wie ungeschütztem Geschlechtsverkehr, unsauberen Tätowiernadeln oder unsauberer Anwendung intravenöser Rauschgifte sind auch virale Hepatitiden erwähnenswert, die zur Schädigung der Leber führen können. Langfristig führen Leberschäden nicht selten zu Zirrhose mit Aszites (Bauchwassersucht) und lebensbedrohlichen Ösophagusvarizenblutungen.

Das statistisch riskantere und promiskere Sexualverhalten der Männer ist Hauptursache der HIV-Neuinfektionen: Über 80% der Neuinfizierten sind Männer [11] (s. hierzu auch Beitrag 4.5). Eine Schwerbehinderung wird nicht bei HIV-Infektionen zuerkannt, sondern erst bei stärkerer Leistungseinschränkung im Sinne eines Aids-related-Complex [2, 3].

Krebserkrankungen sind lebensbedrohlich und führen praktisch alle zur Schwerbehinderung mit mehrjähriger Heilungsbewährung – dennoch wird diese nicht von allen Betroffenen beantragt. Die meisten Krebserkrankungen treten in der zweiten Lebenshälfte auf und werden erst nach dem 65. Lebensjahr diagnostiziert. In Abhängigkeit von der malignen Entität (Krebsart) und der Therapie treten sexuelle Bedürfnisse meist für die Behandlungsdauer in den Hintergrund. Nicht selten kommt es zu einem völligen Erliegen der sexuellen Aktivität in dieser Altersgruppe. Eine systematische wissenschaftliche Aufarbeitung der Veränderung der Sexualität nach oder unter Tumortherapie in den Altersgruppen über 65 Jahre besteht nicht.

Hodenkrebs betrifft insbesondere Männer von 18–40 Jahren. Bei Einhaltung der Therapie und Nachsorgeprotokolle ist seit den 90er Jahren die vitale Prognose (Heilungsrate) erfreulich gut, allerdings sind die Auswirkungen der Therapie mitunter massiv, und relativ viele Betroffene halten die Nachsorgeprotokolle nicht hinreichend ein. Der vom Krebs befallene Hoden wird entfernt. Eine Kryokonservierung von Spermien ist möglich, wird aber nicht von der Krankenkasse getragen, sondern dem Patienten in Rechnung gestellt. Die stadienabhängige anschließende Chemotherapie schädigt den verbliebenen Resthoden und damit die Spermienproduktion, die gegebenenfalls erforderliche retroperitoneale Lymphadenektomie führt im Allgemeinen zu retrograden Ejakulationen, auch die Testosteronproduktion kann sich nach der Bestrahlung vermindern. Diese Beeinträchtigungen wirken sich auch auf Psyche, Sexualleben und Selbstverständnis des (jungen) Mannes aus.

Häufigste Krebsdiagnose beim Manne ist das Prostatakarzinom (s. hierzu auch Beitrag 4.6). Bei entsprechendem Tumorstadium kommen als kurative Therapien sowohl Operation als auch Bestrahlung in Betracht, allerdings ist in beiden Fällen mittelfristig mit Beeinträchtigungen von Erektionsfähigkeit und Kontinenz zu rechnen. Unter günstigen Bedingungen kann nervenschonend operiert werden, was die Aussichten auf spätere Erektionen und auch die Kontinenz günstig beeinflusst. Wenn hingegen ein Prostatakarzinom bereits metastasiert ist, kann durch deutliche Senkung des Testosteronspiegels der Krankheitsverlauf hinausgezögert werden, allerdings unter erheblichen Nebenwirkungen wie Depression, Antriebsarmut, Muskelabbau, Anämie, Osteoporose, Libidoverlust, Erektionsstörungen und Hitzewallungen, die dementsprechend die Lebensqualität einschränken und meist auch das männliche Selbstverständnis tangieren. Hier gibt es eine relativ reichhaltige wissenschaftliche Literatur und Datenlage.

## Sinnes- und Kommunikationsapparat

Sehbehinderungen, Hörschäden und Beeinträchtigungen der (Laut-)Sprache waren in früheren Epochen zwar stärker stigmatisiert, insbesondere bei angeborenem Auftreten, dafür stellen sie im Zeitalter von Kommunikationstechnologie und Straßenverkehr eine umso größere Herausforderung dar. Desto sinnvoller kann es sein, wenn zum Beispiel Gehörlose ihre eigenen Zusammenhänge pflegen und sich in Gebärdensprache verständigen. Gleichzeitig werden inklusive Ansätze benötigt.

Absolut gesehen sind die meisten Seh-, Hör- und Sprachbehinderungen Folgen allgemeiner Krankheiten, die allerdings quantitativ so erst ab dem mittleren Erwachsenenalter zum Tragen kommen. Bei den Betroffenen in Kindheit, Jugend und jüngerem Erwachsenenalter dominieren klar die angeborenen Formen.

Sprach- und Sprechstörungen betreffen das männliche Geschlecht deutlich häufiger als das weibliche. Taubheit und Schwerhörigkeit betreffen beide Geschlechter praktisch gleichermaßen, Schwerhörigkeit allerdings Männer bereits einige Jahre früher als Frauen. Unterhalb des 75. Lebensjahres betreffen Sehbehinderungen Männer und Frauen etwa gleichermaßen, ab dem 75. Lebensjahr mehr Frauen, wobei deren Bevölkerungsanteil in dieser Altersgruppe auch deutlich überwiegt [1].

## Minderbegabungen und Demenzen

Störungen der geistigen Entwicklung sind etwa zur Hälfte auf angeborene Behinderungen und allgemeine Krankheiten zurückzuführen. Jungen und Männer sind dabei um etwa 40% häufiger betroffen als Mädchen und Frauen [1]. Durch Angebote Sexueller Bildung kann den Betroffenen erleichtert werden, sich als Männer zu fühlen, indem sie an entsprechenden Gemeinschaftsaktivitäten teilnehmen. Hirnorganische Syndrome treten fast nur im höheren und hohen Erwachsenenalter auf, die

Geschlechterverteilung ist weitgehend ausgeglichen [1].

### (Andere) psychische Behinderungen

Psychosen betreffen etwa gleich viele Männer wie Frauen, bei den jüngeren Betroffenen überwiegen allerdings klar die Männer, während Frauen erst ab 45 Jahren gleichauf ziehen [1]. Die deutschsprachige Psychiatrie postuliert in diesem Kontext einen protektiven Effekt der Östrogene vor den Wechseljahren. Bei den Neurosen überwiegen die Frauen, was sich aber erst ab dem 25. Lebensjahr abzeichnet. Bei den Suchtkrankheiten wiederum sind klar und in allen Altersgruppen die Männer überrepräsentiert [1].

Die allgemeine Krankheitslehre gliedert Krankheitsursachen organbezogen gemeinhin als: Fehlbildung – Neubildung – Trauma – Infektion und Entzündung – Durchblutungsstörung – Degeneration. Statistiken über die Ursache der (schwersten) Behinderung erfassen angeborene Behinderungen analog zur Fehlbildung zuzüglich Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben. Traumen werden unterteilt in: Arbeitsunfälle (einschließlich Wegeunfälle und Berufskrankheiten), Verkehrsunfälle, Häusliche Unfälle und Sonstige Unfälle sowie in (anerkannte) Kriegs-, Wehr- und Zivildienstbeschädigungen. Die übrigen Pathologien werden als »allgemeine Krankheiten« und in einer Restkategorie als »Sonstige, mehrere und ungenügend bezeichnete Ursachen« abgehandelt.

## Handlungsempfehlungen für Wissenschaft und Politik

- ➢ Querschnittsuntersuchungen bezüglich der sexuellen Aktivität Behinderter in Abhängigkeit der Behinderung
- ➢ Auf die Behinderung abgestimmte Angebote für Sexuelle Bildung
- ➢ Geschlechtsspezifisch getrennte Feststellung des Leidensdrucks bei einzelnen Behinderungsformen bezüglich Sexualität in Abhängigkeit vom Alter
- ➢ Aufklärung bezüglich möglicher sexueller Funktionsstörungen bei Hausärzten, Allgemeinmedizinern und Urologen in Korrelation zu den einzelnen Behinderungen
- ➢ Erweiterte Öffentlichkeitsarbeit, die darauf aufmerksam macht, dass Behinderung und Sexualität sich keineswegs ausschließen und Sexualität einen wichtigen Part der Lebensqualität jedes Menschen darstellt

## Schlussfolgerungen

Der Einfluss der verschiedenen Behinderungsarten auf die menschliche Sexualität ist nur in Ansätzen geklärt. Dies gilt für beide Geschlechter. Es liegen hier kaum systematische wissenschaftliche Arbeiten vor, was verständlich ist, da es eine Vielzahl von unterschiedlichen Behinderungen geben kann, die die sexuelle Funktionsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigen. Die Datenlage ist für das Prostatakarzinom und neurologischen Erkrankungen nach bzw. unter Therapie am besten. Hier wird jedoch nur ein sehr kleiner Aspekt von möglichen Behinderungen und deren Auswirkungen auf die männliche Sexualität betrachtet, der zudem sehr organisch funktionell orientiert ist.

Klar ist, dass in der BRD aufgrund des hohen Anteils von behinderten Mitbürgern ein Bedarf für spezifische Untersuchungen vorliegt. Dies sollte für beide Geschlechter erfolgen. Selbstverständlich ist, dass Sexualität und Lebensqualität eng miteinander verknüpft sind und dies auch bei Vorliegen einer Behinderung eine wichtige Rolle spielt. Bezüglich der männlichen Sexualität kann dieser Beitrag nur einen Anstoß geben. Erektionsfähigkeit und Orgasmusfähigkeit sind wichtige, schützens- und erhaltenswerte Bestandteile der männlichen Sexualität, dennoch wäre eine Reduktion

der männlichen Sexualität auf diese beiden Fähigkeiten gerade unter dem Blickwinkel der sehr unterschiedlichen Behinderungsformen nicht zielführend.

## Literatur


1 Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.). Statistik der schwerbehinderten Menschen 2013. 2014;Fachserie 13,Reihe 5.1.
2 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Versorgungsmedizin-Verordnung. 2015.
3 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX). 2008.
4 Bannasch M. Behinderte Sexualität – verhinderte Lust? Neu-Ulm: AGSPAK; 2002.
5 Klotz T. Erektile Dysfunktion – Ein Leitfaden für die Praxis. Bremen: Uni-Med; 2005
6 Fürll-Riede C, Hausmann R, Schneider W. Sexualität trotz(t) Handicap. Stuttgart: Thieme; 2001.
7 Belitz G. Fetisch Behinderung? In: Handicap. Das Magazin für Lebensqualität. 1997.
8 Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the Cologne Male Survey. International Journal of Impotence Research. 2000;12(6):305–11.
9 Mönig H, Jacobeit JW. Das Adrenogenitale Syndrom bei männlichen Jugendlichen und Männern. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. 2012;9(5):314–319.
10 Leyh H. Transurethrale Resektion der Prostata. Der Urologe. 2014;53:699–705.
11 Robert-Koch-Institut (Hrsg.). HIV-Diagnosen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin. 2015;27.

# 2.10 Sexuelle Gesundheit im Alter – Beratung und Therapie

*Kurt Seikowski*


**Zusammenfassung**

Sexuelle Gesundheit im Alter erschließt sich am ehesten über die Reflexion entwicklungsbedingt veränderter Funktionen der Sexualität im Kontext von Zärtlichkeit, Sinnlichkeit und Erotik. Dabei werden vier verschiedene Ebenen der Funktionen der Sexualität beschrieben, wobei jede Ebene für sich entwicklungsbedingte Veränderungen hervorbringt. Es sind die Funktionen der Sexualität auf der individuellen, der Paar-, der sozialen und der gesamtgesellschaftlichen Ebene. Nach der Erarbeitung der spezifischen Besonderheiten der Sexualität im Alter werden Formen für die Neu- und Umgestaltung beschrieben, die in spezifischen Anregungen für Beratung und Therapie münden. Dabei wird deutlich, dass sich mit zunehmendem Alter Männer und Frauen in ihrem Verständnis zur Sexualität und dem sexuellen Erleben immer mehr annähern.

**Summary: Sexuality in old age – consultation and therapy**

Sexual health in old age most likely emerges with the reflection on developmentally altered functions of sexuality in the context of tenderness, sensuality and eroticism. Four different levels of functions of sexuality are described, with each level bringing forth developmental changes. The functions of sexuality are settled on the individual level, the couple relationship level as well as on the social and societal level.

After having worked out the specific peculiarities of sexuality in old age, forms for the restructuring and remodeling are described which lead to specific suggestions for counselling and therapy. It becomes clear that men and women do approach in their understanding of sexuality and their sexual experience with increasing age.


---

## Einleitung

Nach Schultz-Zehden [1] kommt es mit zunehmendem Alter bei Männern und Frauen zu sexuellen Irritationen, die einer sexuellen Gesundheit im Alter entgegenstehen können:

- libidonöse Versandungen in langandauernden Paarbeziehungen
- internalisierte gesellschaftliche Vorurteile gegenüber der Sexualität alternder Menschen
- Befangenheit durch den körperlichen Alterungsprozess
- Scham und sexueller Rückzug wegen des Vergleichs mit dem gesellschaftlichen Schönheitsideal des jungen sexuell-attraktiven Menschen
- Funktionelle Sexualstörungen beim Partner bzw. der Partnerin (Libidoverlust, Erektionsstörungen, Orgasmusstörungen u. a.) aus psychischen Gründen und/oder auf der Basis von altersbedingten chronischen Erkrankungen
- Abnahme der Verfügbarkeit eines Partners bei Witwenschaft
- Libidoverlust im Zusammenhang mit Altersdepressionen
- Hormonelle Veränderungen, die zu einer Abnahme des biologischen Triebes führen

Trotzdem bleibt auch bei diesen Verunsicherungen die sexuelle Lust bis in das hohe Alter erhalten [2]. Wie Beutel et al. [3] zeigen konnten, nimmt das sexuelle Verlangen zwar durchaus gleichermaßen bei Männern und Frauen mit zunehmendem Alter ab, verschwindet aber keineswegs. Da diesem Verlangen von älteren Menschen jedoch eine geringere Bedeutung zugeschrieben wird, ist die Tatsache, dass der Sex nicht mehr so ist wie früher, mit keinem höheren Leidensdruck verbunden, sodass von einer Angleichung der sexuellen Lust an das Lebensalter auszugehen ist [4].

Besonders gut untersucht sind sexuelle Belange und Bedürfnisse in Pflegeeinrichtungen, wo bei den Befragungen der Pflegekräfte immer wieder darauf hingewiesen wird, dass es eine »Asexualität« in diesen Einrichtungen nicht zu geben scheint [5, 6]. In der Regel sind die Bedürfnisse auf gleichaltrige Personen ausgerichtet. Demente Männer bringen ihre sexuellen Bedürfnisse aber eher jüngeren Pflegekräften gegenüber zum Ausdruck [5].

Zum Verständnis sexueller Gesundheit im Alter soll im Folgenden das Konzept der sexuellen Funktionen erläutert werden, das davon ausgeht, dass mit zunehmendem Alter die Sexualität nicht »schlechter« wird, sondern sich (lediglich) qualitativ verändert – und nur, wer diese Änderungen für sich akzeptiert und aufnimmt, im Alter davon profitieren kann.

## Funktionen der Sexualität und Alter

Unter der Sexualität des Menschen werden in allen Lebensphasen alle Fantasien und Handlungen verstanden, deren Wesen sich mit den drei Begriffen »Zärtlichkeit«, »Sinnlichkeit« und »Erotik« umschreiben lässt [1] (siehe Abbildung 1). Diese drei Begriffe sind universell, haben aber in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen eines Menschen auch eine unterschiedliche Bedeutung. Unter »Zärtlichkeit« sei der Wunsch nach liebevollem Umgang und Körperberührung sowie nach dichtem Körperkontakt verstanden.

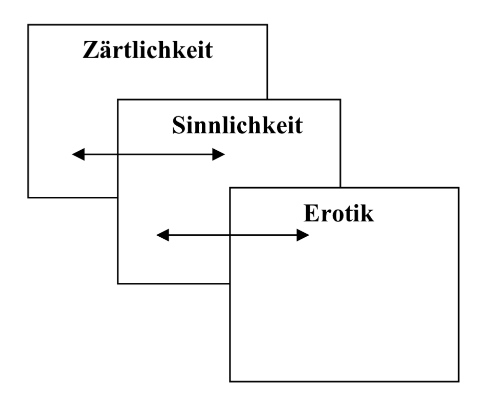



*Abb. 1: Ebenen der Sexualität [7]*

Dies wiederum scheint unabdingbare Grundlage für die »Sinnlichkeit« – das »Prickeln« – zwischen zwei Personen zu sein, was zu sexueller Erregung führen kann, jedoch nicht muss. Häufig führt dieses »Prickeln« zu erotischen Wünschen bis hin zum Geschlechtsverkehr. »Erotik« versteht sich in diesem Sinne als Ausdruck des *Auslebens* von Zärtlichkeit und Sinnlichkeit, mit starkem Bezug zu Körperlichkeit und emotionaler Verbundenheit, wobei sehr häufig der Orgasmus angestrebt wird. Doch rufen diese drei Begriffe bei unterschiedlichen Personen durchaus auch unterschiedliche Assoziationen hervor. Es hat sich in der paarbezogenen Sexualtherapie bewährt, diese Begriffe hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine Paarbeziehung zu diskutieren. Dabei wird schnell deutlich, dass allein schon aufgrund der unterschiedlichen Auffassungen von Zärtlichkeit, Sinnlichkeit und Erotik zwischen zwei Partnern eine ganze Reihe sexueller Probleme nachvollziehbar und verstehbar wird.

Somit kann man zum Beispiel – um ein verbreitetes Vorurteil aufzugreifen – die männliche Sexualität nicht auf einen erigierten Penis, durch den bei der Partnerin ein Orgasmus und beim Mann eine Ejakulation erreicht werden soll, reduzieren. Sexualität ist komplexer und

wird verstehbarer, wenn man sich den Funktionen der Sexualität zuwendet und diese für verschiedene Altersgruppen spezifiziert [ausführlicher dazu siehe 2, 3]. Hierbei lässt sich folgendes festhalten:

Auf der *Ebene des Individuums* (siehe Tabelle 1) erfüllt Sexualität die Funktion einer Triebreduktion (physiologische Lustfunktion), die angenehm ist (psychologische Lustfunktion) und das Gefühl hervorruft, dass Sexualität ein integraler Bestandteil der Persönlichkeit ist.

*Tab. 1: Funktionen der Sexualität auf der Ebene des Individuums [7, S. 95]*

- physiologische Lustfunktion
- psychologische Lustfunktion
- persönlichkeitsbildende Funktion

Diese Funktionen sind nicht nur durch paarbezogene, sondern auch durch die Masturbation als eigenständige, selbstbezogene Form der Sexualität erfüllbar. Das ist zum Beispiel dann bedeutsam, wenn ein älterer Mann wegen einer Erektionsstörung in die Sprechstunde kommt, bei der Anamneseerhebung sich aber ergibt, dass seine Partnerin alters- oder krankheitsbedingt kein Interesse mehr am Geschlechtsverkehr hat. Das Ziel einer Therapie müsste dann nicht zwingend in der Wiederherstellung der Erektionsfähigkeit bestehen, sondern könnte in einer Umorientierung auf extravaginale Techniken oder aber – bei der Ablehnung sexueller Aktivitäten durch die Partnerin – auf die Selbstbefriedigung bestehen, wobei ein Orgasmus auch ohne eine stabile Erektion erreichbar ist. Selbstbefriedigung stellt eine Form sexueller Gesundheit dar, die bis ins hohe Alter realisierbar ist. Das spielt natürlich auch dann eine Rolle, wenn man viele Jahre eine paarbezogene Sexualität gewöhnt war, dann aber dieser Partner verstorben ist und der andere sich im Alter nicht mehr binden möchte.

Auf der *paarbezogenen Ebene* (siehe Tabelle 2) erfüllt Sexualität neben dem Wunsch nach eigenen Kindern (generative Funktion) mehrere andere Funktionen, wobei in einer sexuologisch orientierten Sprechstunde der explorativen und spielerischen Funktion besondere Bedeutung zukommt.

*Tab. 2: Funktionen der Sexualität auf der Ebene des Paares [7, S. 96]*

- paarbildende Funktion
- paarbindende Funktion
- kommunikative Funktion
- explorative und spielerische Funktion
- Bestätigungsfunktion
- komplexe Lustfunktion
- generative Funktion

Diese Funktion beinhaltet die Vielfältigkeit sexueller paarbezogener Aktivitäten. Mit zunehmendem Alter kann es passieren, dass die bisherigen sexuellen Szenarien immer die gleichen sind und bei mindestens einem der beiden Partner der Wunsch nach anderen Stellungen bzw. Positionen und anderen Aktivitäten besteht. Ebenso können die bisherigen Stellungen – verglichen mit früheren Erfahrungen – als körperlich anstrengender empfunden werden, sodass eine Umorientierung – zum Beispiel von der Missionarsstellung auf die »Reiterhaltung« – empfehlenswert ist. Auch das Rollenverhältnis verdient in diesem Zusammenhang Beachtung. Möglicherweise war der Mann bisher immer der aktive und die Frau der passive Part – und die sexuelle Störung würde sich von allein beheben, wenn dieses Verhältnis ausgeglichener wäre, da die Erektion durch mehr sexuelle Aktivität vonseiten der Partnerin wieder möglich wäre, ohne dass dazu potenzsteigernde Medikamente nötig sind.

Bei den Funktionen der Sexualität auf der *sozialen Ebene* (siehe Tabelle 3) stehen Vergleiche mit Freunden, Kollegen und Bekannten im Vordergrund. Hier stellen sich Männer die

Frage, ob sie altersgerecht sexuell attraktiv sind bzw. »mithalten« können.

*Tab. 3: Funktionen der Sexualität auf der sozialen Ebene [7, S. 97]]*

- Geschlechtsidentität
- Geschlechtsrollenverhalten (Mann, Frau)
- Geschlechtsrolle (z. B. Jugendlicher, reife Frau)
- soziale Bestätigung
- Selbstdefinition, Partnerdefinition

Wenn unter Männern darüber geredet wird, wie oft man »noch kann«, und man sich mit anderen vergleicht oder andere Frauen über die sexuellen Leistungen ihrer Partner sprechen, dann bleibt man selbst nicht immer unbeeinflusst von diesen »Maßstäben« und kann verunsichert werden. Das Gefühl nach sozialer Bestätigung der eigenen Sexualität kann ins Wanken geraten. Und wenn dann noch von populärwissenschaftlichen und urologischen Fachzeitschriften immer wieder suggeriert wird, dass eine erfüllende Sexualität mit ständigen stabilen Erektionen bis ins hohe Alter möglich ist, dann stimmt das weder zwangsläufig mit der Realität überein noch handelt es sich hierbei stets um »frohe Botschaften«. Stattdessen ist es gut möglich, dass damit auch unrealistische Hoffnungen geschürt werden, die um so bitterer sind, wenn man sie nicht erfüllen kann. Außerdem steht man, wenn man sich allzu sehr auf die Hoffnung des »alles geht« verlässt, einem Zugang zu einer veränderten Sexualität im Alter nicht so offen gegenüber, wie im Falle, dass man schon vorher solche »Schwächen« auch als gesund und altersgemäß angenommen hat [8].

Auf der *gesamtgesellschaftlichen Ebene* (siehe Tabelle 4) verstehen sich die Funktionen der Sexualität als Wertvorstellungen, die durch die staatliche Erziehung in den Schulen, das Fernsehen, die Presse und die Religionen vermittelt werden. Bei den älteren Personen wirkt noch sehr stark die Sexualethik, die ihnen in den eigenen Jugendjahren beigebracht wurde.

*Tab. 4: Funktionen der Sexualität auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene [7, S. 97]*

- kulturelle Funktion
- religiöse Funktion
- Leistungsfunktion
- repressive Funktion
- politische Funktion
- Konsumfunktion
- emanzipatorische und Scheinfunktion

Exemplarisch soll an dieser Stelle auf folgende zwei Funktionen näher eingegangen werden: Zum einen wird in erster Linie durch Fernsehen und Boulevardpresse der Eindruck vom perfekten Mann vermittelt, der muskulös ist, einen »Waschbrettbauch« hat, sexuell immer bereit sein sollte etc. (Leistungsfunktion), wodurch bei verunsicherten Männern ein Selbstbild von sexueller Insuffizienz entstehen kann. Wenn in der Sprechstunde zum Beispiel ein 60-jähriger Mann erscheint, der eigentlich keine sexuellen Probleme hat, aber der Ansicht ist, dass er Viagra brauche, um täglichen Geschlechtsverkehr ausüben zu können, so verbergen sich dahinter nicht selten durch die Boulevardpresse angenommene Leistungsansprüche, die jedoch in den meisten Fällen als unrealistisch einzuschätzen sind.

Aber auch die Konsumfunktion (»alles ist machbar«) verdient Beachtung. Nicht selten haben wir erlebt, dass Männer mit sexuellen Problemen in die Sprechstunde kommen und »Sofortmaßnahmen« erwarten, sich aber gegen eine ausführliche Besprechung ihrer Sexualität wehren, weil ihnen das unangenehm ist. Für den Arzt oder Psychologen ergeben sich aus dieser Konsumhaltung Probleme in der Therapeut-Patient-Beziehung: Soll er sich als Service-Einrichtung für den Patienten oder aber als Berater, der Sexualität sehr komplex verstehen und vermitteln will, begreifen?

Entscheidend für eine adäquate Therapie sexueller Probleme des Mannes wird die *Diagnostik der gestörten sexuellen Funktionen* sein, weil sie ihm ermöglicht, adäquate Eingriffsstel-

len für eine erfolgreiche Beratung und Therapie zu finden.

## Sexuelle Gesundheit im Alter durch Selbstinformation, Sexualberatung und Sexualtherapie

Was sind nun eigentlich die wichtigsten Veränderungen in der Sexualität des alternden Mannes, die auf der Basis eigener Sprechstundenerfahrungen genannt werden können und ab einem Alter von ca. Mitte 40 von Bedeutung sind [7] (s. ausführlicher dazu Kapitel 4 des vorliegenden Männergesundheitsberichts):

- Die sexuelle Lust nimmt tendeziell ab.
- Es treten weniger nächtliche und morgendliche Spontanerektionen auf.
- Die Erektion benötigt mehr Zeit, um in einer erotischen Situation voll steif zu werden.
- Es dauert länger, um zum Samenerguss zu kommen – das gilt gleichermaßen für den Geschlechtsverkehr wie für die Masturbation.
- Die Masturbation findet seltener statt – oder aber sie intensiviert sich mit ständig zunehmenden Reizen über das Internet, wenn die Partnerin keine sexuelle Lust mehr signalisiert. Kommt es dann dennoch einmal zum Geschlechtsverkehr, hat die Reizintensität über das Internet dazu geführt, nicht mehr ausreichend Stimulation zu erfahren – und in der Folge können Erektionsstörungen und Anejakulationen (Ausbleiben des Samenergusses) auftreten.
- Es treten chronische Erkrankungen auf, die durch deren Beschwerden und/oder den Nebenwirkungen der erforderlichen Behandlungsmedikamente zu sexuellen Beeinträchtigungen führen (s. ausführlicher hierzu Kapitel 4.6 dieses Buches).

Um zu einer veränderten Einstellung zur eigenen entwicklungsveränderten Sexualität zu gelangen, muss man nicht immer sogleich einen Experten aufsuchen: Man kann es durch das gemeinsame Gespräch mit vertrauten Personen (Partner/Partnerin, Freunde) und die Nutzung von Ratgebern zunächst selbst versuchen. Aber selbst das ist für viele nicht einfach – nichtsdestotrotz machbar:

### *1. Miteinander reden bzw. miteinander reden lernen*

Das »Miteinander-Reden« steht an erste Stelle, wenn man in einer festen Beziehung lebt. Aber selbst das gelingt nicht immer. Schaut man sich immer noch in die Augen, wenn man mit dem/der anderen spricht? Lässt man ihn/sie ausreden? Weiß der/die eine alles besser als der/die andere und akzeptiert seine/ihre Argumente nicht? Solche und andere Missverständnisse lassen sich nicht immer untereinander klären. Dann liegt es nahe, sich an einen Experten zu wenden – wobei hinzugefügt sei, dass es auch sehr kompetente Ratgeber in Buchform gibt, die in diesem Fall gut weiterhelfen können [9, 10].

### *2. Diskussion zu sexuellen Bedürfnissen im Rahmen der Begrifflichkeiten Zärtlichkeit, Sinnlichkeit und Erotik*

Weiter oben wurden bereits die Begriffe Zärtlichkeit, Sinnlichkeit und Erotik besprochen. Hier lohnt es, sich einmal pro Jahr als Paar oder auch gemeinsam mit einem Experten zusammenzusetzen und darüber zu diskutieren, ob sich diesbezüglich etwas verändert hat, der eine oder andere sich vernachlässigt fühlt etc. Beim alternden Menschen, der in einer Beziehung lebt und sich nicht mehr im Arbeitsprozess befindet – man also mehr Zeit füreinander hat – sind diesbezügliche Veränderungswahrnehmungen sehr wahrscheinlich zu erwarten.

### *3. Allgemeine Ziele einer Sexualberatung älterer Männer*

Schrader und Bolz [11] nennen folgende Ziele für die Beratung älterer Männer (wie auch für die Beratung älterer Frauen):

- Beratung darüber, warum es zum Nachlassen von Intimität und Sexualität gekommen ist
- Beratung zur Konfrontation mit altersbedingten Veränderungen des Körpers und der sexuellen Funktionen
- Beratung zu den Folgen körperlicher und/oder seelischer Erkrankungen, einschließlich der Folgen medikamentöser und/oder anderer Behandlungen
- Beratung bei Monotonie und Entfremdung
- Beratung zu beruflicher Überlastung und Pensionierung bzw. Berentung
- Beratung zum Übergang von der Familienphase zur (erneuten) Partnerschaftsphase
- Beratung zu neuer Liebe und Beziehung im Alter

### 4. *Stellungs- und Stimulationsberatung*

Krankheiten und körperliche Veränderungen führen häufig dazu, dass ursprüngliche Stellungen, die beiden früher Lust vermittelten, nun durchaus Schmerzen und andere Beschwerden hervorrufen. Oft werden dann sexuelle Aktivitäten gemieden. Dabei ist es durchaus ratsam, über andere – beschwerdefreie – Stellungen nachzudenken.

Darüber hinaus ist es möglich, in notwendige therapeutische Handlungsprozesse erotische Elemente einzubringen – etwa, wenn der eine Partner unter einer Neurodermitis leidet und sich zweimal täglich rückfettend eincremen muss. Dieses Eincremen kann auch der Partner übernehmen und dies wie eine erotische Massage gestalten [12].

Auch Hinweise auf eine nichtvaginale Sexualität sind sehr sinnvoll. Der Geschlechtsverkehr ist nicht mehr unbedingt die einzige Form der sexuellen Betätigung. Mechanische und orale Kontakte werden zunehmend eine Rolle spielen. Auch der vermehrte Einbezug der Haut als Quelle körperlicher Zärtlichkeit scheint im höheren Alter bedeutsamer zu werden. Die Sensibilität der Haut bleibt bis ins hohe Alter erhalten, was von der Erektionsqualität in dieser Weise nicht gesagt werden kann.

### 5. *Medizinisch-medikamentöse Beratung*

Bezüglich der medizinisch-medikamentösen Beratung lässt sich grundsätzlich festhalten: Für Frauen gibt es sie nicht – bei den Männern funktioniert sie (nur) im Zusammenhang mit verschiedenen Erkrankungen (s. ausführlicher hierzu Kapitel 4 dieses Buches und [13]). Doch seien an dieser Stelle noch zwei Hinweise erlaubt, was die Medikamente betrifft:

- Beim Verschreiben potenzstärkender Medikamente sollte immer auch die Partnerin mit einbezogen werden. Mittlerweile behandeln wir auch Frauen mit zum Beispiel »Viagra-Ängsten«. Sie waren froh, dass nun aufgrund der ausbleibenden Erektionen des Partners kein Geschlechtsverkehr mehr stattfinden konnte – und müssen nun wieder »ran«. Hier wurde dann eventuell eine Beziehungsstörung übersehen.
- Im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen ihrer Männer wissen die Partnerinnen oft, dass die potenzsteigenden Medikamente – zum Beispiel bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen – auch lebensbedrohliche Nebenwirkungen haben können. Hier hilft das gemeinsame Aufklärungsgespräch des Arztes mit dem Mann und seiner Partnerin Missverständnisse und Ängste abzubauen, die sonst bei der einseitigen Aufklärung des Mannes erhalten bleiben würden.

### 6. *Entspannungsberatung*

Entspannung und Erholung macht mehr Lust aufeinander als Erschöpfung und Unruhe. In diesen Zusammenhang werden folgende Methoden empfohlen, die zu mehr Entspannung führen können und damit die sexuelle Gesundheit im Alter fördern [14]:

- Bei der Tagesstrukturanalyse geht es darum, Reserven für Entspannung im Alltag zu finden und sich zum Beispiel Pausen zu gönnen.

- Der Kurzschlaf – oft auch als »Mittagsschlaf« bezeichnet – wird bereits von vielen praktiziert
- Yoga, progressive Muskelrelaxation (PMR) und Autogenes Training (AT) sind Formen der Selbstentspannung, die unter medizinischer-psychologischer Anleitung erlernt werden können. In den meisten Fällen übernehmen auch die Krankenkassen die Kosten für diese Methoden.

### *7. Sexualtherapien*

Vonseiten der Sexualtherapeuten werden zwei verschiedene Therapieformen angeboten:

- Zum einen gibt es zahlreiche *»verhaltenstherapeutische Methoden«*, die auf der Basis der Arbeit von Masters und Johnson [15] entwickelt wurden und in deren Mittelpunkt die direkte Anwendung der drei genannten Komponenten der Sexualität steht – beginnend mit Übungen zur Zärtlichkeit (Streichelübungen) bis hin zum Erleben der sexuellen Lust als Form der Sinnlichkeit (Einbezug der erogenen Zonen) und dem Erreichen eines Orgasmus (Erotik).
- Die *»systemische Sexualtherapie des Begehrens«* vertritt einen anderen Ansatz und basiert auf dem Konzept von Schnarch [16] zur Psychologie der Leidenschaft, wo davon ausgegangen wird, dass die bisher gelebte Sexualität an ihre Grenzen gestoßen ist und nicht unbedingt wieder so hergestellt werden sollte wie früher. Im Mittelpunkt steht eine konfrontations- und irritationsbereite Paartherapie mit einer Fokussierung auf die sexuelle Differenz. Es geht also um das Herausfinden und Durchführen bisher nicht gelebter Sexualität. Dafür stehen mittlerweile zahlreiche Übungsformen zur Verfügung [17].

## Handlungsempfehlungen und Ausblick

Bisher beschäftigte sich dieser Beitrag fast ausschließlich mit der sexuellen Gesundheit im Alter auf der Basis der Wahrnehmung von unmittelbaren entwicklungsbedingten Veränderungen sexueller Reaktionen. Dabei setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass nicht die pauschalen medizinischen wie psychologischen Konzepte bei der Betreuung älterer Männer hinsichtlich ihrer Sexualität die Zukunft bestimmen, sondern dass ein individualisierter Zugang das Maß aller Dinge ist [18].

Dazu gehört auch die Berücksichtigung der Tatsache, dass eine veränderte Sexualität im Alter stark von der Qualität der bisherigen bzw. einer im Alter veränderten Partnerschaft beeinflusst wird. Dieses Problem der *»Partnerschaft und Sexualität im Alter«* wird zwar an anderer Stelle bereits ausreichend thematisiert und bearbeitet [19–21] – zumindest auf eine Publikation soll in diesem Zusammenhang jedoch noch verwiesen werden, da auf empirischer Basis »Sieben Geheimnisse der glücklichen Ehe« ermittelt wurden, die besonders bedeutsam auch für ältere veränderungswillige Paare sind, deren Sexualität bisher unter einer lebensqualitätsmindernden Beziehung litt [22]:

1. Bringen Sie Ihre Partner-Landkarte auf den neuesten Stand, das heißt reden Sie in regelmäßigen Abständen darüber, ob sie Veränderungen wahrgenommen haben, die für die Beziehung nicht förderlich sind.
2. Pflegen Sie Zuneigung und Bewunderung füreinander.
3. Wenden Sie sich einander zu und nicht voneinander ab.
4. Lassen Sie sich von Ihrem Partner beeinflussen.
5. Lösen Sie Ihre lösbaren Probleme.
6. Überwinden Sie Patt-Situationen – reden Sie miteinander.
7. Schaffen Sie einen gemeinsamen Sinn.

Die sexuelle Gesundheit im Alter wird jedoch nicht nur durch die Qualität der Partnerschaft beeinflusst. Übergreifend sind es noch andere Faktoren, die für ein *gesundes Altern* verantwortlich sind und bereits von Kurt Seikowski für den zweiten Männergesundheitsbericht zusammengestellt wurden [23]. Dabei geht es um die Hinterfragung eines »perfekten« Männerkonzepts, die Reflexion von Risiko- und Schutzfaktoren für die eigene Entwicklung, Selbstwirksamkeitserwartungen, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Schulungen für ältere Personen sowie Selbsthilfegruppen. Sexuelle Gesundheit im Alter wird in jedem Fall von einem gesunden Alterungsprozess profitieren.

Zum Schluss möchte ich vier weiterführende Fragen aufwerfen:

1. Wer ist der kompetente Ansprechpartner für ältere Männer, deren sexuelle Gesundheit als eingeschränkt empfunden wird? Ist es der Urologe, ist es ein interdisziplinär arbeitendes Männerzentrum, sind es sexualmedizinische Praxen, muss es unbedingt ein Mediziner sein…?
2. Wie können sexuologische Weiterbildungsangebote für die Betreuung älterer Männer (und Frauen) in Zukunft sinnvoll gefördert werden? Diese Frage richtet sich selbstverständlich nicht nur an Fachleute in medizinischen Bereichen, sondern an alle, die mit den Problemen älter werdender Personen konfrontiert sind: So auch im Pflegebereich, wo zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Sexualität älterer Menschen offenbar noch unterschätzt wird, aber die bezahlte »Sexualassistenz« auf dem Vormarsch ist [24].
3. Wie sollen Sexualberatung und Sexualtherapie für ältere Männer (und Frauen) finanziert werden? In der Medizin sind die Krankenkassen noch nicht bereit, diese Kosten zu übernehmen, obwohl sexuelle Störungen erheblich die Lebensqualität Betroffener senken und damit einen hohen Leidensdruck erzeugen. Aber auch außerhalb der Medizin wird in der Zukunft zu diskutieren sein, ob es nicht sinnvoll ist, mehr Mittel für die Finanzierung von Beratungsstellen zur Verfügung zu stellen, denn Beratung ist auch Prävention zur Verhinderung von krankheitsförderndem Leidensdruck.
4. Auf welche Weise können sich Männer praxiswirksam hinsichtlich ihrer sich verändernden Sexualität im Alter realistisch auf diese Zeit vorbereiten, um möglicherweise nicht überrascht und frustriert darüber zu sein, wie es Johann Wolfgang von Goethe in seinen Tagebüchern (Bd. 86, 1810) wiedergab: »Mit freudiger Wehmut denke ich an jene Tage zurück, als alle meine Glieder biegsam waren – alle außer einem. Diese Tage sind leider vorbei. Nun sind alle meine Glieder steif – alle bis auf eines.«

## Literatur


1 Schultz-Zehden B. Sexualität und Älterwerden. Zwischen Vorurteil, Tabu und Realität. Psychotherapie im Dialog. Stuttgart: Thieme; 2013:56–60.

2 Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. Urology. 2004;64(5):991–997.

3 Beutel ME, Stöbel-Richter Y, Brähler E. Sexual desire and sexual activitie of men and women across their lifespans: Results from a representative German community survey. BJU Int. 2008;101(1):76–82.

4 Holden CA, McLachlan RI, Pitts M. Men in Australia Telephone Survey (MATeS): A national survey of the reproductive health and concerns of middle-ageed and older Australian men. Lancet. 2005;366(9481):218–224.

5 Sieren S. Sexuelle Bedürfnisse von Altenheimbewohnern: Eine empirische Studie zu einem Tabuthema. Norderstedt: Grin-Verlag; 2010.

6 Hartmann A, Berger N, Henning S, Knaute E, Mewitz A, Bernhardt B, Rüdiger M, Sieren K. Lust auf Sex – Sexualität im Alter. Norderstedt: Grin-Verlag; 2013.

7 Seikowski K. Potenzstörungen des Mannes – organisch versus psychisch bedingt? In: Seikowski K, Starke K (Hrsg.), Sexualität des Mannes. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2002:91–109.

8 Seikowski K. Der alternde Mann. Gesund bleibt, wer schwach sein kann. URONEWS. 2015;19 (6):28–33.

9 Wartenweiler D. Männer in den besten Jahren: Von der Midlife-Crisis zur gereiften Persönlichkeit. München: Kösel; 1998.

10 Zilbergeld B. Die neue Sexualität der Männer. Tübingen: DGVT; 2000.
11 Schrader C, Bolz R. Sexualberatung im Alter. In: Blonski H (Hrsg.), Beratung älterer Menschen. Methoden, Konzepte, Erfahrungen. Frankfurt: Mabuse; 2013:151–180.
12 Seikowski K. Gemeinsam oder einsam? Sexualität und Partnerschaft bei Psoriasis. Haut. 2013; 24: 18–21.
13 Berberich HJ. Sexualität und Alter. Sexuologie. 2015;22(1-2):5–12.
14 Seikowski K. Entspannungsberatung und Entspannungstherapien. In: Harth W, Brähler E, Schuppe C (Hrsg.), Praxishandbuch Männergesundheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2012:401–406.
15 Fahrner EM, Kockott G. Sexualtherapie. Ein Manual zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Männern. Göttingen: Hogrefe; 2003.
16 Schnarch D. Intimität und Verlangen. Sexuelle Leidenschaft in dauerhaften Beziehungen. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2015.
17 Clement U. Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
18 Chakkalakal D, Weißbach L. Sexualität im Alter. Die Rolle des Arztes bei der Erhaltung sexueller Gesundheit älterer Männer. Urologe. 2015;54:1710–1716.
19 Drimalla E. Amor altert nicht. Paarbeziehung und Sexualität im Alter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2015.
20 Ruland T. Die Psychologie der Intimität. Was Liebe und Sexualität miteinander zu tun haben. Stuttgart: Klett-Cotta; 2015.
21 Sydow K, Seiferth A. Sexualität in Paarbeziehungen. Göttingen: Hogrefe; 2015.
22 Gottman JM, Silver N. Die 7 Geheimnisse der glücklichen Ehe. München: Econ Ullstein List; 2000.
23 Seikowski K. Psychische Gesundheit des alternden Mannes. In: Weissbach L, Stiehler M (Hrsg.), Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Huber; 2013:197–208.
24 Wirtschaftsbrief Gesundheit. 2016;58:1–6.

# *Kapitel 3*

## Heterogene Männlichkeiten

# 3.1 Migration, Flucht und sexuelle Gesundheit von Männern

*Farid Hashemi, Torsten Linke & Heinz-Jürgen Voß*

**Zusammenfassung**
Der Beitrag liefert, nach einer kurzen Darstellung der rechtlichen Situation am Beispiel der Arbeitsmigration, einen Überblick über die jüngere Migrationsgeschichte Deutschlands, um anschließend Fragen zur Gesundheit und insbesondere zur sexuellen Gesundheit in Bezug auf Migration und Flucht zu erörtern. Dabei werden Fragen zur sozioökonomischen Situation im Hinblick auf Gesundheit und sexuelle Gesundheit in den Blick genommen. Deutlich wird, dass sich in Bezug auf Arbeitsmigration andere Ableitungen ergeben als im Hinblick auf Flucht. Ausgehend von den sich darstellenden gesundheitlichen Bedarfen wird ein Überblick über die derzeitige medizinische Versorgungssituation für Menschen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung gegeben. Der Beitrag schließt mit Handlungsempfehlungen ab, die insbesondere auf einen Ausbau interkultureller Angebote zielen und dazu anregen sollen, stärker als bisher Selbstorganisationen von Migrant_innen in die Entwicklung dieser Angebote einzubeziehen.

**Summary: Migration, flight and sexual health of men**
Following a brief description of the legal situation, examplified by labor migration, this article provides an overview of the recent history of migration in Germany and subsequently turns to questions of health, and particularly of sexual health, in relation to migration and flight. Thereby the socioeconomic situation, especially with regard to health and sexual health, is being analysed. It turns out that results with regard to labor migration differ from those with regard to forced migration. Based on the health needs identified, an overview of the current health care and supply situation for people with migration or flight experience is given. The article recommends an increase of intercultural offers and emphasises the need for a stronger involvement of self-organisations of migrants in the development of such offers.

---

## Einleitung – Die (rechtliche) Situation von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland

Die Weltgesundheit-Organisation (WHO) definiert »Gesundheit« nicht einfach als »Abwesenheit von Krankheit«, sondern schließt konkrete sozioökonomische Forderungen in den Gesundheitsbegriff mit ein. Sie formuliert: »Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit« [1]. Mit Blick auf Menschen, die in Deutschland Asyl und Schutz suchen, zeigen sich in der praktischen Umsetzung der Gesundheitsversorgung und auch weiterer zum Wohlbefinden beitragender Faktoren deutliche Unterschiede, abhängig vom rechtlichen Status. Das Grundgesetz regelt in Artikel 16a das Recht auf Asyl für politisch Verfolgte und schließt darin zugleich andere Gründe vom Asylrecht aus, zum Beispiel Flucht infolge von Krieg. Auch unabhängig der

Asylfrage steht diesen Menschen jedoch Schutz im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 bzw. 1967 zu. In Deutschland wird die Anerkennung des rechtlichen Status Geflüchteter im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) geregelt. Allerdings gibt es auch bei einer Ablehnung die Möglichkeit eines subsidiären Schutzes bzw. von Abschiebungsverboten, zum Beispiel aus gesundheitlichen Gründen. Die damit verbundenen Leistungen, unter anderem die Gesundheitsversorgung, werden grundsätzlich im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt, zuletzt modifiziert 2015, sowie darüber hinaus durch die Sozialgesetzbücher (SGB) II und XII. Aufgrund der komplexen rechtlichen Situation soll diese knappe Ausführung hier genügen. Festgehalten werden kann, dass es durch die rechtliche Situation erhebliche Unterschiede bei der gesundheitlichen Versorgung gibt – nach AsylbLG besteht nur Anrecht auf Notversorgung, Behandlung akuter Erkrankungen, Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt [2].

In Bezug auf sexuelle Gesundheit gilt es, einen umfassenden Gesundheitsbegriff zugrunde zu legen [1]. Dafür ist die gesamte sozioökonomische Situation eines Menschen bzw. einer bestimmten Gruppe von Menschen zu betrachten und auch Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen in den Blick zu nehmen, weil sie in erheblichem Maße das Selbstbild der Person und ihre Möglichkeiten des (sexuellen) Wohlergehens prägen. Für zahlreiche Menschen in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sind diskriminierende und/oder rassistische Erfahrungen – zum Beispiel aufgrund von Aussehen, ethnischer Herkunft, Bildungsstatus, ökonomischer Situation oder auch ihrer sexuellen Orientierung oder Identität – Teil des Alltags. Dem tragen neuere theoretische Ansätze Rechnung, indem sie verschiedene Erfahrungen von Marginalisierung – vor allem in Bezug auf Geschlechterverhältnis, Rassismus und Klassenverhältnis – als ineinander verschränkt betrachten. Ein solcher Zugang wurde seit den 1980er Jahren entwickelt und wird als Intersektionalität bezeichnet [3].

## Gast- und Vertragsarbeiter_innen in Deutschland

Bereits in der Kaiserzeit und in der Weimarer Republik war Deutschland ein Einwanderungsland. In wirtschaftlich starken Zeiten wurden eigens Arbeitskräfte angeworben, die in wirtschaftlich schlechteren Zeiten – unter anderem im Winter, aber auch in Phasen wirtschaftlichen Abschwungs – wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren sollten [4, 5]. Die Anwerbung von sogenannten Gastarbeiter_innen in der BRD und von Vertragsarbeiter_innen in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) seit den 1960er Jahren war ähnlich organisiert.[1] Auch hier war die Politik zunächst von dem Ansatz geleitet, dass die angeworbenen Personen nur eine bestimmte Zeit in der BRD bzw. DDR verbringen und danach wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren sollten. In der DDR wurden hierfür befristete Aufenthaltsverträge mit den Vertragsarbeiter_innen abgeschlossen und die Unterbringung in Heimen organisiert. In der BRD war die Unterbringung der Gastarbeiter_innen zunächst ähnlich, ebenso wurden feste Arbeitsverträge vereinbart, die häufig eine erhebliche Arbeitsleistung (Doppelschicht) vorsahen. Gastarbeiter_innen und Vertragsarbeiter_innen führten oft die unqualifizierten und gefährlichen Arbeiten, zu denen andere Beschäftigte nicht bereit waren, zu geringen Löhnen aus [4] – wiederholt streikten die

1 Gastarbeiter_innen in der BRD kamen aus unterschiedlichen Ländern des europäischen Raumes u. a. aus Italien, Spanien, Griechenland, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Die angeworbenen Arbeitskräfte aus der Türkei stellten hier mit Abstand die größte Gruppe, daher wird im weiteren Verlauf des vorliegenden Artikels auch auf diese Gruppe fokussiert. In der DDR waren Menschen aus Vietnam die zahlenmäßig stärkste Gruppe unter den Vertragsarbeiter_innen, andere kamen zum Beispiel aus Ungarn, Kuba, Angola oder Mosambik. Der Zuzug infolge Arbeitsmigration war historisch einer der Hauptgründe für Migration.

Gastarbeiter_innen dagegen [6, 7]. Auswirkungen der harten Arbeit zeigen sich heute in Bezug auf die Gesundheit. So sind Berufskrankheiten bei heute älteren Menschen mit Migrationshintergrund in weit größerem Maß verbreitet, als bei Menschen ohne Migrationshintergrund [8].

## Sozioökonomischer Status, Migration und (sexuelle) Gesundheit

(Sexuelle) Gesundheit ist in besonderem Maße von sozioökonomischen Faktoren abhängig. So zeigen der *Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)* sowie weitere Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamtes zur allgemeinen gesundheitlichen Situation und Migration, dass a) sich riskante und ungünstige Verhaltensweisen gerade in prekarisierten gesellschaftlichen Schichten zeigen (u. a. in Bezug auf Rauchen und Ernährungsverhalten [9]) und dass b) dort das Präventionsverhalten in geringerem Maße entwickelt ist als in der Mittel- und Oberschicht [9, 10, 11]. Menschen mit Migrationshintergrund[2] sind in größerem Maße in der sozioökonomisch unteren Schicht zu finden. Das Schulsystem schafft keinen sozialen Ausgleich – Kinder mit Migrationshintergrund sind auf weiterführenden Schulen (Gymnasium) deutlich unterrepräsentiert – und dieser Prozess setzt sich in der beruflichen Laufbahn fort [12].

In Bezug auf erlebte Schmerzen gelten diese Differenzen bei Jugendlichen hingegen nicht. So gibt es keine messbaren Unterschiede bezüglich in den letzten Monaten erlebter Schmerzen, wenn wir Kinder/Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund vergleichen [9]. Auch bei Schutzimpfungen gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, die länger in der Bundesrepublik leben. Bei neu zugewanderten Menschen ist demgegenüber jedoch die Impfquote deutlich geringer als bei der in der Bundesrepublik geborenen Bevölkerung [10]. In der aktuellen Situation mit größerer Zuwanderung an Geflüchteten im Jahr 2015 ergeben sich entsprechend höhere Anforderungen an das Gesundheitssystem [13]. Fehlende Impfungen müssen nachgeholt und teilweise vorliegende Infektionskrankheiten behandelt werden [14, 15]. Zum Bedarf gesundheitlicher Versorgung kommen sprachliche, kulturelle und religiöse Faktoren hinzu, die im medizinischen Kontext beachtet werden müssen.

Zu der bereits dauerhaft in Deutschland lebenden Bevölkerung gehören die Gast- und Vertragsarbeiter_innen. Für sie ergeben sich in gesundheitlicher Hinsicht im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gerade mit zunehmendem Alter deutliche Unterschiede, die insbesondere mit den Arbeitsbedingungen in Zusammenhang stehen: Gerade Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sind doppelt so oft von anerkannten Berufskrankheiten betroffen (u. a. Rheuma, Mobilitätsbeeinträchtigung, Erkrankung der Lunge und Atemwege, Erkrankung der Verdauungsorgane) [10]. Das weise darauf hin, »dass türkischstämmige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland höheren Gesundheitsbelastungen ausgesetzt sind als Beschäftigte anderer Herkunft« [10]. Auf schlechtere Arbeitsbedingungen weisen auch die höheren Unfallzahlen hin. Menschen mit einer türkischen Staatsangehörigkeit (hier geht es also in der Kategorisierung um *Staatsangehörig-*

**2** Am Beispiel der Herkunft von Gast- und Vertragsarbeiter_innen wird bereits die ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt deutlich. Als Menschen mit Migrationshintergrund werden in Deutschland alle Personen erfasst, die nach 1949 zugewandert sind und weiter hier als Ausländer im Sinne des Staatsbürgerschaftrechts Geborene leben sowie deren Nachfahren. Die Vielfalt der Menschen, die unter diese Bezeichnung fallen, ist sehr komplex, kann an dieser Stelle aber nicht, wie in vielen anderen Erhebungen und Studien auch, weiter differenziert werden.

*keit*, nicht um *Migrationshintergrund*) haben in Deutschland bei Arbeitsunfällen ein 1,5-fach höheres Risiko gegenüber deutschen Staatsangehörigen [16]. Bei älteren Personen mit Migrationshintergrund und ohne deutschen Pass zeigen sich chronische Erkrankungen besonders häufig. Sie äußern oft Probleme bei der Bewältigung von Alltagssituationen (Treppen steigen, Einkaufen oder Körperpflege). 54,0% von ihnen schätzten ihren Gesundheitszustand als »schlecht« oder »sehr schlecht« ein, das taten nur 23,9% aller Personen mit deutschem Pass [12]. Grundsätzlich scheint das Wohlbefinden bei Menschen mit Migrationshintergrund im Alter geringer zu sein als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. So zeigt sich bei zugewanderten Menschen aus der Türkei und Osteuropa im Alter eine stärkere Abnahme der Gesundheitszufriedenheit als bei Menschen ohne Migrationshintergrund [16].

Das Gesundheitssystem ist unzureichend interkulturell ausgerichtet und beschäftigt nur in geringem Maße mehrsprachiges Personal, wie es gerade bei der Behandlung von Demenz und von Traumata (hier hat Kommunikation in der Erstsprache oft wichtige Bedeutung) erforderlich wäre [17]. Neben der sprachlichen Ebene sind diesbezüglich auch weitere, etwa kulturelle und religiöse Fragen zu berücksichtigen, die unter Umständen für eine gelingende Kommunikation wichtig sein können [18].

Der Anteil von Fachkräften mit Migrationshintergrund am medizinischen Personal ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zu gering. Dies betrifft vor allem Ärzt_innen. Bei den niedergelassenen Ärzt_innen zeigt sich der Mangel deutlich in speziellen Fachrichtungen. Im Bundesland Hessen gab es im Jahr 2009 für ca. 300.000 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund keinen türkischsprachigen Urologen und nur einen Facharzt für Psychiatrie [19]. Dadurch wird ein niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung zusätzlich erschwert, ebenso kann die Notwendigkeit einer umfassenden Beratung durch das Fachpersonal und der informierten Einwilligung der Patienten nur unzureichend gegeben sein. Die vernachlässigte Sicherung der Sprachverständigung zeigt sich folglich in der aktuellen Situation in der Praxis und den Fachdiskursen der jeweiligen Professionen, unter anderem auch im medizinischen Bereich [20–22].

Erst vor dem Hintergrund der sozioökonomischen und der mit ihr verbundenen gesundheitlichen Situation können auch Fragen zur sexuellen Gesundheit betrachtet werden, da es um Wohlbefinden geht. Gerade die Schichtzugehörigkeit hat Auswirkungen auf die geschlechtliche und sexuelle Ausprägung von Identität [23], ebenso auf die Zugänglichkeit von Aufklärungsmaterialien [24]. So zeigt Stefan Wellgraf [23], wie Hauptschüler_innen, Strategien entwickeln, um einen eigenen Selbstwert zu generieren. Sie finden sich in Gruppen Gleichgesinnter zusammen und erlernen dort Anerkennung und Wertschätzung untereinander. Geschlechtliche Identität stellt hierbei einen wichtigen positiven Bezugspunkt dar. Auch mit Blick auf die Frage nach dem Verständnis von Sexualität und von Aufklärung zeigen sich Unterschiede gerade nach Schichtzugehörigkeit, und zwar bei (jungen) Menschen sowohl ohne als auch mit Migrationshintergrund [24, 25].

Junge Männer, die im gesellschaftlichen Umgang als migrantisch und muslimisch wahrgenommen werden, sehen sich mit teils überhöhten Ansprüchen und Vorurteilen an ihr sexuelles Verhalten konfrontiert. Sie werden von Seiten der Mehrheitsbevölkerung mit dem Stereotyp konfrontiert, in besonderer Weise sexuell aktiv und sexuell übergriffig zu sein. In der öffentlichen Darstellung werden sie als in besonderem Maße heterosexuell und homophob konstruiert [26, 27]. Eine eigene selbstbestimmte geschlechtliche und sexuelle Verortung wird ihnen auf diese Weise erschwert. Als problematisch kommt hinzu, dass auch Beratungsangebote etwa für Lesben, Schwule, Trans*- und Inter*-Geschlechtliche in den nach außen repräsentierten kulturellen Codes

einen ausschließenden Charakter tragen und auf spezifische Erfahrungen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht oder bisher zumindest wenig reagieren – es geht etwa um rassistische Diskriminierung bei der Wohnungs- und Ausbildungsplatzsuche und in den lesbischen, schwulen und Trans*-Subkulturen [28]. Da geschlechtliche und sexuelle Sozialisation gesellschaftlich nach und nach erlernt wird, fließen auch die Diskriminierungserfahrungen mit ein.

## Flucht und (sexuelle) Gesundheit

Bei Geflüchteten handelt es sich um eine besonders vulnerable/verletzliche Gruppe. Geflüchtete haben in vielen Fällen Gewalt und/oder sexualisierte Gewalt erfahren und/oder sind traumatisiert. Dem trägt das deutsche Asylrecht dadurch Rechnung, dass insbesondere Menschen Asyl erhalten können, die zum Beispiel aus Konfliktregionen kommen und nach dem Asylgesetz die Voraussetzungen im Sinne der dort genannten »Flüchtlingseigenschaft« erfüllen. Von diesen Personen werden die subsidiär Schutzberechtigten unterschieden. Sie müssen »stichhaltige Gründe für die Annahme« vorbringen, dass ihnen »im Herkunftsland ein ernsthafter Schaden« (§ 4 AsylG) droht. Das können »die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe«, »Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung« sowie »eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit […] im Rahmen eines […] bewaffneten Konflikts« sein [ebd.]. Seit den 1990er Jahren finden in den Regelungen auch frauenspezifische Verfolgung und sexualisierte Gewalt Berücksichtigung – zuvor war sie nicht betrachtet, sondern dem privaten Bereich zugeschrieben worden [29].

Bei sexualisierter Gewalt handelt es sich um ein in Kriegen und weiteren Konflikten häufig eingesetztes Mittel, um den Willen von Menschen zu brechen oder Druck auf die Familie der Gefolterten auszuüben. Werden in zahlreichen Dokumentationen insbesondere gegen Kinder (Mädchen und Jungen) und gegen Frauen gerichtete sexuelle Übergriffe thematisiert, so ist mittlerweile bekannt, dass sexualisierte Gewalt auch in großem Maß gegen in Gefangenschaft genommene Männer eingesetzt wird. Etwa im Konflikt in El Salvador berichteten 76% der befragten Männer von selbst erlittener sexualisierter Gewalt während der Zeit der Gefangenschaft. Ausführliche entsprechende Berichte gibt es auch vom Balkankrieg und vom Konflikt im Kongo [30–33]. Auch die Flucht selbst ist sehr riskant – Gewalt und sexualisierte Gewalt finden statt, und von Letzterer sind besonders allein reisende Frauen betroffen. Schätzungen gehen davon aus, dass 40% der in Deutschland Zuflucht Suchenden durch die Erlebnisse, die zur Flucht führten, oder durch die Flucht selbst traumatisiert sind [34]. Den Geflüchteten selbst ist zum Zeitpunkt ihrer Ankunft (und auch danach) oft nicht bewusst, dass sie an den Folgen einer Traumatisierung leiden [35]. Dabei muss nicht jede Erfahrung von Gewalt und sexualisierter Gewalt zu Traumatisierung führen. Um eine Traumatisierung zu vermeiden oder eine vorliegende angemessen therapeutisch zu bearbeiten, braucht es entsprechende kultursensible Angebote und Settings [36]. Die gegenwärtigen Möglichkeiten des Asylbewerberleistungsgesetzes decken den Bedarf nur teilweise ab und ermöglichen oft keine wirksame Traumabehandlung, da behördlich der Behandlung langfristiger und chronischer Erkrankungen gemäß der gesetzlichen Regelung nicht bzw. nur in Ausnahmefällen zugestimmt wird [37].

Der behördliche Ablauf des Asylverfahrens kann Traumatisierungen noch verstärken: Die Geflüchteten sind nach der Flucht erschöpft und befinden sich in einer Ausnahmesituation – und sind gleichzeitig mit einem für sie unverständlichen behördlichen System konfrontiert. Dabei müssen sie sofort alle Gründe ihrer Flucht offenlegen. Gerade Erlebnisse sexualisierter Gewalt können dabei mit einer höheren Scham belegt sein, insbesondere wenn sie ge-

genüber einem/einer Behördenmitarbeiter_in anderen Geschlechts geäußert werden sollen. Die erlebten Ereignisse sind dabei möglichst genau und widerspruchsfrei wiederzugeben, damit sie behördlich als plausibel erscheinen [29, 38]. Die Erfahrungen in der Arbeit mit Betroffenen sexualisierter Gewalt besagen, dass es schwierig ist, sich zu offenbaren und sich einer Person anzuvertrauen (Disclosure). Ebenso können die Berichte durch Verdrängung/Abspaltung oft widersprüchlich sein [35, 39–41]. Die Durchführung rechtlicher Verfahren und die Feststellung der Glaubwürdigkeit in Bezug auf Disclosure, Traumatisierung und therapeutische Begleitung finden in einem knappen zeitlichen Rahmen statt. Unklarheiten und Widersprüche können sich negativ auf das Verfahren auswirken [35]. Wird sexualisierte Gewalt erst später im Asylverfahren angegeben, erscheint sie behördlich nur durch ein medizinisches Gutachten als glaubhaft. Die Erstellung von Gutachten, speziell bei posttraumatischen Belastungsstörungen, braucht jedoch ausreichend Zeit, gute Verständigung und bedingt eine medizinische Diagnose durch entsprechende Fachärzt_innen [42]. Wichtig sind Schulungen der Behördenmitarbeiter_innen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen – einerseits für den Schutz der Klient_innen, andererseits zum Selbstschutz. Berichtetes kann nämlich auch bei den Mitarbeiter_innen zu Traumatisierung führen. Zudem können daraus entstehende Vermeidungsreaktionen der Mitarbeiter_innen zur Ablehnung und zur Dämonisierung der berichtenden Person führen [43].

## Handlungsempfehlungen

- Es sind sexualwissenschaftliche und -pädagogische Konzepte erforderlich, die die Mehrfachdiskriminierung von Menschen berücksichtigen. Erste deutschsprachige Handreichungen, die als Basis dienen können, liegen von LesMigras (www.lesmigras.de), GLadT (www.gladt.de) und I-Päd (www.ipaed.blogsport.de) vor.
- In der konkreten pädagogischen und therapeutischen Arbeit ist es für Personen ohne Migrationshintergrund erforderlich, eigene Vorannahmen zu reflektieren. Um einer ratsuchenden Person helfen zu können, ist es wichtig, sie individuell wahrzunehmen – und sich von Gruppenstereotypen und Vorurteilen zu lösen. Dies erfordert eine ständige Reflexion des professionellen Handelns, sowohl im individuellen als auch im kollegialen Rahmen.
- Im Umgang mit Geflüchteten ist es geboten, auf die Einhaltung gesetzlicher Standards zu achten, wie sie allgemein für Einrichtungen zur Unterbringung, Betreuung und Unterstützung von Menschen gelten, damit sexualisierte Gewalt nicht begünstigt wird. Erste Hinweise für »sichere« Unterkünfte hat der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) 2015 herausgegeben [44]. Diese werden zur Verallgemeinerung und Fortentwicklung empfohlen.
- In Bezug auf die Sprachmittlung ist die Etablierung von Telefondolmetscherdiensten als Ergänzung zu Präsenzdolmetscherdiensten auszubauen, vor allem für Situationen, in denen es rasch präziser Verständigung zur medizinischen Versorgung bedarf. Die Kostenübernahme ist zwischen den Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Bund, Ländern und Kommunen sowie den Sozialämtern zu regeln. Best Practice-Beispiele für Telefondolmetscherdienste finden sich in Australien und den USA [20, 45].
- Vernetzungen und Kooperation der institutionellen Einrichtungen sind in der Praxis erforderlich, um »Reibungsverluste« zwischen Behörde und medizinischer Versorgung zu verringern. Ein gutes Praxisbeispiel ist die Zusammenarbeit der Kinderklinik Neuburg mit dem örtlichen Jugendzentrum [22].

## Schlussfolgerungen

Der vorliegende Beitrag stellt das sehr komplexe Thema Flucht und Migration (aktuelle Migration sowie Menschen mit Migrationshintergrund, die selbst nicht migriert sind, sondern in zweiter oder dritter Generation in der Bundesrepublik leben) gebündelt dar und erläutert medizinische und gesellschaftliche Fragestellungen. Um der Komplexität und Heterogenität der Thematik Migration (und dabei auch Flucht) gerecht zu werden, ist es empfehlenswert, die Thematik zum Schwerpunkt des nächsten Männergesundheitsberichts zu machen.

### Literatur


1 Voß HJ, Bardehle D. Zum Begriff Sexueller Gesundheit, Kapitel 2.1. in diesem Gesundheitsbericht. 2016.
2 Voigt C. Überblick zu den Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz zum 1. März 2015 mit Beispielen und Hinweisen für die Beratungspraxis. In: Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.), Arbeitshilfe. Berlin. 2015.
3 De Coster C, Wolter S, Yılmaz-Günay K. Intersektionalität in der Bildungsarbeit. In: Hawel M, Kalmring S (Hrsg.), Bildung mit links! Gesellschaftskritik und emanzipierte Lernprozesse im flexibilisierten Kapitalismus. Hamburg: VSA Verlag; 2014:118–135.
4 Ha KN. Die kolonialen Muster deutscher Arbeitsmigrationspolitik. In: Steyerl H, Gutiérrez Rodríguez E (Hrsg.), Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik. Münster. Unrast Verlag; 2012 [Erstausgabe 2003]:u.a.71.
5 Voß HJ, Wolter SA. Queer und (Anti-)Kapitalismus. Münster: Schmetterling-Verlag; 2013.
6 Born G. »Wie lange sollen wir uns das gefallen lassen?!« Zur Geschichte migrantischer Kämpfe in Deutschland – Der »Fordstreik« 1973. Lotta, 2013; 52 [zitiert am 1.1.2016]. http://www.lotta-magazin.de/ausgabe/52/wie-lange-sollen-wir-uns-das-gefallen-lassen.
7 Huwer J. »Gastarbeiter« im Streik. Die Arbeitsniederlegung bei Ford Köln im August 1973. DOMiD – Dokumentationszentrum und Museum über die Migration in Deutschland e. V. (Hrsg.). 1. Aufl. Köln: DOMiD; 2013.
8 Yüreklik, zit. nach: Ha KN. Die kolonialen Muster deutscher Arbeitsmigrationspolitik. In: Steyerl H, Gutiérrez Rodríguez E (Hrsg.), Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik. Münster. Unrast Verlag; 2012 [Erstausgabe 2003]:79.
9 Robert-Koch-Institut (RKI). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. 2008: 49, 50, 88f [zitiert am 25.10.2015]. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_migration.pdf?__blob=publicationFile.
10 Robert Koch-Institut (RKI). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. 2008: 49, 87 f., 101 [zitiert am 25.10.2016]. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo_28.pdf.
11 Uhlig U, Butler J, Brockstedt M. Soziale Lage und Herkunft entscheiden über die Zahngesundheit von Kindern. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.), Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin: 2007.
12 DGB Bundesvorstand Bereich Arbeitsmarktpolitik. Jugendliche mit Migrationshintergrund: Am Arbeitsmarkt doppelt benachteiligt. arbeitsmarktaktuell, 2010;6.
13 Beerheide R, Osterloh F. Medizinische Flüchtlingshilfe: Ein enormer Kraftakt. Deutsches Ärzteblatt. 2016;113(11):A-476.
14 Pfeil J, Kobbe R, Trapp S, Kitz C, Hufnagel M. Versorgung von Flüchtlingen: Diagnostik und Prävention im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt. 2016;113(4):A-134.
15 Beermann S, Rexroth U, Kirchner M, Kühne A, Vygen S, Hilsdorf A. Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland: Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(42):A-1717.
16 Razum O, Spallek J. Wie gesund sind Migranten – Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. In: Hamburgisches Welt-Wirtschafts-Institut (HWWI) (Hrsg.), focus Migration Kurzdossier. 2009;12:3.
17 Brause M, Reutin B, Schott T, Yilmaz Aslan Y. Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Abschlussbericht. Bielefeld, Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften; 2010.
18 Schulte-Körne G. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. Mental health problems in a school setting in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2016; 113(11): 183–90; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0183.
19 Knipper M, Bilgin Y, Migration und Gesundheit. Sankt Augustin/Berlin: Konrad Adenauer Stiftung e. V.; 2009:78–81.

20 Bühring P. Dolmetscher und Sprachmittler im Gesundheitswesen. Regelungen zur Finanzierung nötig. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(45): A-1873.
21 David M. Dolmetscher – Telefondolmetscherdienst. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(50):A-2150.
22 Seeliger S. Jugendliche Flüchtlinge – Sprachbarrieren überwinden. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(48): A-2036.
23 Wellgraf S. Hauptschüler: Zur gesellschaftlichen Produktion von Verachtung. Bielefeld: Transcript-Verlag; 2012:u.a. 21 ff.
24 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Sexualität und Migration: Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher. 2010: u.a. 36 [zitiert am 25.10.2015]. http://www.bzga.de/pdf.php?id=6d361f8ad670a38d807b3c729bc9a403.
25 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Jugendsexualität. 2010: 110 [zitiert am 25.10,2015]. https://www.tns-emnid.com/studien/pdf/jugendsexualitaet.pdf.
26 Yılmaz-Günay K. Karriere eines konstruierten Gegensatzes: zehn Jahre »Muslime versus Schwule«. Sexualpolitiken seit dem 11. September 2001. Münster: Edition Assemblage, Eigenverlag, 2014:u.a. 27.
27 LesMigraS. Gewalt- und Mehrfachdiskriminierungserfahrungen von lb_FT* – Zusammenfassung der Ergebnisse. 2012 [zitiert am 25.10.2015]. http://www.lesmigras.de/tl_files/lesmigras/kampagne/Studie_Zusammenfassung_LesMigraS.pdf.
28 Voß HJ. Geschlechtliche und sexuelle Zurichtungen im Kapitalismus. Sozialmagazin. 2014;39(3–4):90–96.
29 Müller K. Die rechtliche Situation kriegstraumatisierter Frauen in Deutschland. In: medica mondiale e.V. Griese K. (Hrsg.), Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen: Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag; 2006 [2004]:u.a. 235.
30 Stemple L. Male Rape and Human Rights. Hastings Law Journal. 2009; 60: 613 [zitiert am 30.12.2016]. http://scienceblogs.de/geograffitico/wp-content/blogs.dir/70/files/2012/07/i-e76e350f9e3d50b6ce07403e0a3d35fe-Stemple_60-HLJ-605.pdf.
31 HRW – Human Rights Watch. Irak: IS-Flüchtlinge schildern systematische Vergewaltigungen. 2015 [zitiert am 14.1.2016]. https://www.hrw.org/de/news/2015/04/15/irak-fluchtlinge-schildern-systematische-vergewaltigungen.
32 WMC Women's Media Center. Women under siege. Documenting sexuell violence in Syria.. 2015 [zitiert am 8.1.2016]. https://womenundersiegesyria.crowdmap.com/main.
33 Kampala AP. Vergewaltigung von Männern in Kriegsgebieten: Die unaussprechliche Katastrophe. Süddeutsche Zeitung. 12.1.2012. [zitiert am 30.12.2015]. http://www.sueddeutsche.de/panorama/vergewaltigung-von-maennern-in-kriegsgebieten-die-unaussprechliche-katastrophe-1.1255767.
34 Landesärztekammer Baden Württemberg, Landespsychotherapeutenkammer Baden Württemberg (Hrsg.). Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg. Stuttgart: 2011:u.a.5.
35 Wolf T. Glaubwürdigkeitsbeurteilung bei traumatisierten Flüchtlingen. Asylmagazin. 2002;7–8:11–15.
36 Bühring P. Psychisch kranke Migranten: Interkulturelle Kompetenz immer wichtiger. Deutsches Ärzteblatt. 2002;99(30):A-2010.
37 Klinkhammer G, Korzilius H. Asylleistungen in Deutschland: Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. Deutsches Ärzteblatt. 2014;111(13):A-540.
38 Geisweid H. Rechtliche Beratung und Begleitung von Überlebenden sexualisierter Gewalt aus Kriegs- und Krisengebieten. In: medica mondiale e.V. Griese K. (Hrsg.), Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen: Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag; 2006 [2004]:247–256.
39 Zimmermann P; Neumann A, Celik F. Expertise »Sexuelle Gewalt in der Familie, im familialen und privaten Umfeld«. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.), Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. München: DJI; 2011:24–26.
40 Kindler H, Schmidt-Ndasi D. Expertise »Wirksamkeit von Prävention und Intervention bei sexueller Gewalt gegen Kinder in Familie und Institutionen«. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.), Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. München: DJI; 2011:31–33.
41 Hauser M, Joachim I. Medica Mondiale e.V. Sind die Folgen sexualisierter Kriegsgewalt zu behandeln? Über die Arbeit mit kriegstraumatisierten Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten. In: Zielke M, Meermann R, Hackhausen, W (Hrsg.), Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen. Köln: Lengerich; 2003:409–434.
42 Koch DF, Winter D. Psychische Reaktionen nach Extrembelastungen bei traumatisierten Kriegsflüchtlingen. Ergebnisse der psychologischen und medizinischen Forschung mit Relevanz für die aufenthaltsrechtliche Behandlung traumabedingt erkrankter Flüchtlinge. 2005: u.a. 3. [zitiert am

8.1.2016]. http://xenion.org/wp-content/uploads/Psychische-Reaktionen-nach-Extrembelastungen.pdf.

43 Ammer M, Kronsteiner R, Schaffler Y, Kurz B, Kremla M. Krieg und Folter im Asylverfahren: Eine psychotherapeutische und juristische Studie. Wien: NWV Verlag; 2013:174.

44 Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). Checkliste Mindeststandards zum Schutz von Kindern vor sexueller Gewalt in Flüchtlingsunterkünften. 2015 [zitiert am 30.12.2015]. https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/September/Checkliste_Missbrauchsbeauftragter_Mindeststandards_Fl%C3%BCchtlingsunterk%C3%BCnfte.pdf.

45 Gondos M. Dolmetscher: Dolmetscher-Not-Telefon. Deutsches Ärzteblatt. 2015;112(51–52):A-2204.

# 3.2 Bisexualität im Kontext von Hetero- und Homosexualität – Sexuelle Vielfalt und Gesundheit

*Harald Stumpe*

**Zusammenfassung**
Traditionelle auf Kategorisierung bezogene Denkweisen bestimmen auch die individuelle Identitätsentwicklung. Besondere Bedeutung hat das Zuordnungsbedürfnis zu heterosexueller Orientierung. Der Begriff »sexuelle Vielfalt« versucht die strenge Kategorisierung von sexuellen Orientierungen aufzuheben und damit auch Diskriminierung von Menschen mit von der Heterosexualität abweichenden sexuellen Bedürfnissen zu beseitigen. Bisexualität hatte aufgrund der monosexuellen Ordnung in unseren westlichen Gesellschaften bisher nur eine untergeordnete öffentliche Bedeutung. Bisexuell orientierte Menschen beginnen sich zu emanzipieren. Sexuelle Bedürfnisse, die mit der heteronormativen Einstellung der Mehrheitsbevölkerung kollidieren und von den betroffenen Individuen nicht selbstbestimmt ausgelebt werden dürfen, können deren körperliche, psychische und soziale Gesundheit in hohem Maße beeinträchtigen. Wie kann diese Gesundheitsbeeinträchtigung verhindert werden? Prävention ist eine von der Gesellschaft anerkannte Methode. Übersehen wird jedoch dabei die einseitige pathogenetische Ausrichtung von Prävention: Es geht immer um die Verhinderung von Krankheiten bzw. krankmachenden Risiken. Salutogenetisches Denken nach Antonovsky schließt dagegen Krankheiten und Risiken als »normale Phänomene« menschlichen Lebens ein. Die Konsequenzen eines derartigen Denkens werden mit den Überlegungen und Erkenntnissen der Resilienzforschung verglichen. Abschließend werden Schlussfolgerungen und Empfehlungen zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit aus den vorangegangenen Überlegungen abgeleitet.

**Summary: Bisexuality in the context of hetero- and homosexuality – sexual diversity and health**
Traditional ways of thinking related to categorization also determine the individual development of identity. The need of assignment to heterosexual orientation is particularly important. The term »sexual diversity« tries to overcome the existing classification of sexual orientation and thus, to eliminate the discrimination of people with sexual needs deviating from heterosexuality. Due to the mono-sexual orientation in our Western societies, Bisexuality used to have a subordinate public significance. Henceforth Bi-oriented people begin to emancipate themselves. Sexual needs in conflict with the heteronormative attitude of the majority population, and not admitted to be autonomously lived out by the individuals concerned, may affect the physical, mental and social health to a great extent. How could this deterioration of health be prevented? Prevention is an established method recognized by society. However the unilateral pathogenetic orientation of prevention is hereby ignored; it is always about the prevention of diseases or of pathogenic risks. In contrast to this, salutogenetic approach by Antonovsky includes diseases and risks as »normal phenomena« of human life. The consequences of such thinking are compared to the consider-

ations and perceptions of resilience research. Finally, conclusions and recommendations for the improvement of the sexual health are derived from the previous considerations.

---

## Prolog

»Hallo Community ich bin frisch 18 geworden. Trotzdem schwanke ich noch oft genug zwischen der Hingabe von Geschlechtern. Generell stehe ich auf Frauen, doch ich habe auch oft genug das Verlangen mit einem Mann zu schlafen. Einmal war ich kurz davor es mit einem zu tun, hab aber dann doch kurz bevor es so weit war, die Lust und das Verlangen verloren, es auszuprobieren. Manchmal fühle ich mich stark, manchmal gar nicht zu Männern hingezogen. Zu Frauen aber immer. Was meint ihr, kann man mit 18 noch Schwankungen, was die Sexualität angeht, haben?« (Beitrag aus www.gutefrage.net).

## Sexuelle Vielfalt und Gesundheit

### Das Bedürfnis nach Kategorisierung

Menschliches Denken ist immer mit dem Bedürfnis nach Zuordnung und Kategorisierung verbunden. Wissenschaft wäre ohne Kategorienbildung nicht denkbar. Kategorien dienen als Denkwerkzeuge, um Modelle zu entwickeln und die Gesamtheit des Realen besser verstehen und abbilden zu können, der Wahrheit ein Stück näher zu kommen. Wissenschaftsdisziplinen betrachten das Reale aber aus ihrer spezifischen Sicht und müssen daher auch immer reduktionistisch bleiben. Ganzheitliches Denken dürfte nur in gemeinsamer und gleichberechtigter Kooperation der Disziplinen (Interdisziplinarität) möglich werden.

Auch unser Alltagsdenken ist von dem Bedürfnis nach Ein- und Zuordnung der Dinge und Erscheinungen geprägt. In der Alltagssprache nutzen wir oft den Begriff der »Schubladen«. Besonders ambivalent sind alle Kategorisierungsbemühungen im Zusammenhang mit moralisch bewerteten Erscheinungen wie dem menschlichen Sexualverhalten. In moralisch bewerteten Kategorien gibt es in der Regel kein »und«, sondern nur ein »entweder/oder«, das heißt ein »gut oder schlecht«, »ja oder nein«, »krankhaft oder gesund«, »rechtens oder unrechtens« usw. Dichotomes Denken ist uns sehr vertraut und bestimmt häufig die Kommunikation im Alltag. Das »Schubladendenken«, so notwendig es auf der einen Seite zum Beispiel für die Identitätsentwicklung und das Gefühl sozialer Zugehörigkeit auch sein mag, behindert uns auf der anderen Seite dabei, ganzheitliche Sichtweisen zu entwickeln und führt häufig zu Vorurteilen und Abgrenzung. Heranwachsende orientieren sich stark an Modellen (Vorbildern). Bei der Entwicklung ihrer geschlechtlichen und sexuellen Identität dominiert auch heute noch das heteronormative Modell. Jede spürbare Abweichung führt zu Irritationen und Unsicherheiten. Die Möglichkeit sich eindeutig zuordnen zu können, stabilisiert das soziale Zugehörigkeitsgefühl und erleichtert zunächst die Identitätsentwicklung. Insofern ist es auch nicht verwunderlich, dass die aktuellen Debatten um Gender und sexuelle und geschlechtliche Vielfalt Verunsicherung und Widerstand hervorrufen. Die jahrhundertalte Ordnung von Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität droht zu zerbrechen. Die gewachsene gesellschaftliche Akzeptanz verschiedener sexueller Orientierungen scheint erst heute im sozialen Nahraum der Individuen angekommen und wahrgenommen zu werden. Der Autor weiß aus eigenen Erfahrungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung, dass Homosexualität von vielen Menschen als normal diskutiert wird, so lange nicht Personen der eigenen Familie betroffen sind. In diesen Diskussionen wird dann sehr schnell deutlich, dass ein mögliches Anderssein von Familienmitgliedern eher als etwas Unerwünschtes oder Bedrohliches bewertet wird.

### »Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt« als neue und ganzheitliche Kategorie

Im Alltagsdiskurs zum Begriff der »sexuellen Orientierung«, der durchaus heute unterschiedlich definiert und interpretiert wird [1], finden sich meist nur Hetero- und Homosexualität. Gunter Schmidt [2] spricht von einer monosexuellen Ordnung in unserer Gesellschaft, also von einer Festlegung auf eine »eingeschlechtliche« Ausrichtung, bei der dem heterosexuellen Begehren das Primat zukommt. Andere sexuelle Orientierungen außerhalb von Hetero- und Homosexualität hatten daher bisher im öffentlichen Bewusstsein nur untergeordnete Bedeutung. Die Frage nach den Ursachen der Homosexualität bestimmt immer noch die öffentliche Diskussion. Es gibt eine Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten, die sich dieser Frage widmen und zu den verschiedensten Hypothesen und Theorien führen [3]. Auf diese soll hier nicht weiter eingegangen werden. Dagegen steht die Frage nach der Ursache für Heterosexualität gänzlich außerhalb des Denkhorizontes. Unser heteronormatives Denken lässt eine solche Frage praktisch gar nicht zu. Dennoch muss darauf hingewiesen werden, dass schon die Pioniere der Sexualwissenschaft ein anderes Verständnis hatten [1]. Sexuelle Orientierungen wurden nicht als starre Konstrukte verstanden. Das bekannteste Denkmodell dürfte die Kinsey-Skala zur Klassifizierung der menschlichen Bisexualität sein [4]. Sexuelle Orientierungen sind fließend und können sich im Laufe des Lebens auch verändern.

Erst in den letzten Jahren haben Bisexualität, Pansexualität (Geschlechtergrenzen übergreifende partnerschaftliche und sexuelle Beziehungen), Asexualität usw. als sexuelle Kategorien/Orientierungen an Bedeutung gewonnen und gelangen stärker ins Alltagsbewusstsein. Der sich in den letzten Jahren etablierte Begriff der »geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt« umfasst in idealer Weise all diese Kategorien und löst sie gleichzeitig auf bzw. vereint alle Kategorien zu einer neuen Qualität der Betrachtung. Die neue Kategorie schränkt das Denken nicht ein, sie stellt ein ideales Denkwerkzeug dar, um den vorherrschenden Heterozentrismus zu überwinden. Ergänzend soll auch die im Folgenden mehrfach genutzte Abkürzung LGBTI* kurz erklärt werden. LGBTI* ist die Abkürzung für die englischen Wörter Lesbian, Gay, Bisexual, Transexuell/Transgender und Intersexual (deutsch: Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Transsexuell/Transgender und Intersexuell). Die Abkürzung stammt ursprünglich aus den USA und soll Menschen bezeichnen, die von der heterosexuellen Norm abweichen.

### Bisexualität als Kategorie und Emanzipationsbewegung

Der Begriff »Bisexualität« wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts geprägt und bezeichnete ursprünglich Individuen, die männliche und weibliche Geschlechtsmerkmale aufwiesen. Der Begriff der konstitutionellen Bisexualität wurde in Bezug auf das sexuelle Begehren von Sigmund Freud eingeführt [5]. Freud wird gern zugeschrieben, dass er als erster die Auffassung vertrat, dass jeder Mensch bisexuell sei, jedoch seine homosexuellen Anteile aufgrund gesellschaftlicher Tabus unterdrücken müsse. Bei der Bisexualität handelt es sich auch um ein kulturübergreifendes Phänomen, welches sich historisch bis in die Antike zurückverfolgen lässt. Kinsey konnte in seinen repräsentativen Untersuchungen nachweisen, dass 37 Prozent der männlichen US-Bevölkerung nach Beginn der Pubertät »zumindest einige physische homosexuelle Erlebnisse bis zum Orgasmus« erlebt hatten [4]. Dieses Ergebnis spricht sehr deutlich für die These, dass jeder Mensch über bisexuelle Potenzen in unterschiedlicher Ausprägung verfügt. Leider fehlen gute Studien, welche ein zunehmendes Interesse von heterosexuell identifizierten Menschen an gleich-

geschlechtlichen sexuellen Aktivitäten belegen können.

Bisexuell empfindende Menschen standen niemals so im Mittelpunkt des gesellschaftlichen Interesses wie Homosexuelle und wurden daher auch weniger offen diskriminiert. Das dichotome Denken der Bevölkerung im Sinne der »monosexuellen Ordnung« führte zu einer eher subtilen, aber sicher nicht weniger schlimmen Diskriminierung von bisexuell Orientierten. So wird Bisexuellen häufig nachgesagt, dass sie in Wirklichkeit homosexuell orientiert seien, sich aber ihre Homosexualität nicht eingestehen wollen oder sich einfach nicht entscheiden können. Das geflügelte Wort »etwas bi schadet nie« charakterisiert die Kategorie Bisexualität recht deutlich: eine Neigung, die man nicht so ernst nehmen muss, die aber auch nicht von großem Nachteil ist. In der gerade von der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) herausgebenden Studie »Bisexuell aktive Männer 2010« [6] wird auf die sozialwissenschaftliche Diskussion der Bisexualität umfassender eingegangen.

In den letzten Jahren haben sich bisexuell orientierte Menschen emanzipiert, um nicht nur wahrgenommen zu werden, sondern um auch für die Förderung selbstbestimmter Sexualität einzutreten. Es gibt mittlerweile verschiedene Internetangebote für Bisexuelle, auch in verschiedenen Altersgruppen. Der bekannteste gemeinnützige Verein Deutschlands dürfte das Bisexuelle Netzwerk »BiNe« (www.bine.net) mit Sitz in Frankfurt am Main sein. Der Verein leistet Bildungsarbeit und unterstützt den Aufbau und den Erhalt von Selbsthilfegruppen. Das Netzwerk gibt auch das Periodikum »BiJou – Bisexuelles Journal« heraus. In Deutschland existieren mittlerweile über 30 bisexuelle Gruppen. In den sozialen Netzwerken und speziellen Internetportalen sind bisexuell empfindende Menschen willkommen (z. B. facebook, meinVZ, lesarion, gayromeo, joyclub). Die Emanzipationsbewegung führt zu einer größeren Wahrnehmung bisexueller Orientierung und zu größerer Toleranz und Akzeptanz in Gesellschaft und Bevölkerung.

## Sexuelle Orientierung/Identität und Gesundheit

Immer wieder bestätigt die Literatur bei schwulen Männern eine erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen einschließlich Suizidversuchen, sexuellem Risikoverhalten und verstärkter Neigung zum Drogenmissbrauch. Nach wie vor sind schwule Männer von Gewalt und Diskriminierung bedroht. Auch die neueste Studie des Deutschen Jugendinstitutes München (DJI) zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und Trans*-Jugendlichen und jungen Erwachsenen belegt, wie kompliziert sich das innere und äußere Coming-out auch unter den heutigen gesellschaftlichen Bedingungen gestaltet. So berichten zum Beispiel 63,5% der Befragten über Diskriminierungserfahrungen in der engeren Familie (Eltern, Geschwister) [7]. Diese ernüchternde Zahl demonstriert sehr deutlich, dass Homosexualität keinesfalls von der heterosexuellen Mehrheit der Gesellschaft als normal angesehen wird, auch wenn gleichgeschlechtliche Partnerschaften der Ehe fast gleichgestellt sind. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass sich durch Unterdrückung der wahren sexuellen Identität bei einem Teil der Jugendlichen therapierelevante psychische bzw. psychosomatische Symptome entwickelten. Die WHO definiert Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Sexuelle Bedürfnisse, die mit der heteronormativen Einstellung der Mehrheitsbevölkerung kollidieren und von den betroffenen Individuen nicht selbstbestimmt ausgelebt werden dürfen, können deren psychisches und soziales Wohlbefinden in stärkerem Maße beeinträchtigen. Schlimmsten Falles führen diese Stressoren zu körperlichen, psychischen und sozialen Störungen, die unter Umständen wiederum spezifische Diskriminierung erfahren können. Menschen, die sich als nicht heterosexuell identifizieren, werden auf dem Hintergrund einer intersektionalen Betrachtungsweise also sehr häufig mehrfach diskriminiert. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen, aber wie?

## Salutogenese als neuer Denkansatz

Die traditionellen therapeutischen Berufe sind in aller Regel in ihrem Denken pathogenetisch ausgerichtet. Sie diagnostizieren und behandeln Störungen und Krankheiten oder versuchen dem Ausbruch oder einer Verschlechterung einer solchen durch Prävention zuvorzukommen. Diese Denkweise findet sich auch in der Mehrheitsgesellschaft. Gesundsein ist der Normalzustand, Kranksein liegt außerhalb der Normalität. Aaron Antonovsky hat das allgemeingültige Verständnis von Gesundheit und Krankheit durch sein Salutogenese-Konzept verändert und erweitert [8]. Er versteht Krankheit und Gesundheit als ein dialektisches Gegensatzpaar. Krankheit und Gesundheit sind zwei Pole eines Kontinuums. So gesehen gehört Krankheit als etwas Normales zur menschlichen Existenz. In der Medizin und anderen Humanwissenschaften gilt Homöostase als der normale Zustand. In der Physiologie ist der Begriff der Homöostase als Konstanthaltung eines inneren Milieus (Soll-Zustand) definiert. Befinden sich die biologischen Systeme des Menschen im Gleichgewicht, wird er als gesund angesehen. Wenn aber Krankheit zum Leben als etwas »Normales« dazugehört, führt das bei Antonovsky zur Annahme von Heterostase als Normalzustand, also dem Gegenteil von Homöostase. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass der Begriff der Homöostase auch von anderen Wissenschaftlern (z. B. Luhmann, Varela, Maturana) kritisiert wurde. So sollte besser von Homöodynamik gesprochen werden, weil Stasis Stillstand und damit Tod eines Systems bedeuten würde.

Die überwiegende Mehrzahl der Publikationen zu LGBTI*-Personen bzw. Lebensweisen fokussiert und untersucht die negativen Folgen der Abweichung von der heterosexuellen Orientierung der Mehrheit. Außerhalb der Betrachtung bleiben dabei fast immer Individuen, die nicht über negative Folgen wie erhöhte Suizidalität, Depressivität oder andere mentale oder soziale Probleme berichten, also Menschen, welche ihr inneres und äußeres Coming-out offenbar erfolgreich und ohne nachhaltige Beeinträchtigung durchlaufen haben. »Der Pathogenetiker ist mit einer Bestätigung von Hypothesen zufrieden; der Salutogenetiker betrachtet, ohne die Bedeutung von Erfahrung zu verschmähen, den abweichenden Fall. […]. Der abweichende Fall ist also, wie so oft, in der überwiegenden Mehrheit« [8, S. 29]. Zukünftige Forschung sollte nicht nur die negativen Folgen der abweichenden sexuellen Orientierung fokussieren, sondern viel stärker die Frage untersuchen, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass ein großer Teil der Individuen selbstbestimmt mit ihrer von der heterosexuellen Mehrheit abweichenden sexuellen und geschlechtlichen Orientierung gesund lebt und sich gemäß der WHO-Definition körperlich, psychisch und sozial wohlfühlt. Welche Kräfte sind dafür verantwortlich? Die Resilienzforschung spricht von sogenannten Schutzfaktoren. Im Unterschied zum salutogenetischen Denken, fokussiert diese Forschungsrichtung die erfolgreiche Bewältigung (Coping) von Risiken und traumatischen Erlebnissen. Resilienzforschung ist damit auch stärker pathogenetisch ausgerichtet. Untersuchungen, welche dieser Forschungsrichtung zuzuordnen sind, ermitteln recht übereinstimmend die große Bedeutung von sozialen Kompetenzen beim Individuum, die in aller Regel mit einer guten Integration in den sozialen Systemen verbunden ist. Menschen mit entsprechenden Eigenschaften bewältigen Lebensrisiken besser als solche, die nicht über solche Kompetenzen verfügen. Diese Erkenntnisse stehen durchaus im Einklang mit den Überlegungen zur Entwicklung von Gesundheit (Salutogenese) bei Antonovsky. Dennoch findet sich ein fundamentaler Unterschied in den Betrachtungen. Antonovsky sieht in Stressoren oder Risiken nicht per se etwas Negatives bzw. Schädigendes für das Individuum. Er spricht von »Stimuli« (Anregungen, Triebkräften), die auch als willkommene Herausforderungen betrach-

tet werden können, wenn diese für das jeweilige Individuum erklärbar und zugleich bedeutsam sind. Das zentrale Konstrukt seines Denkansatzes ist das sogenannte »Sense of Coherence« (SOC). Im Deutschen wird heute meist von »Kohärenzgefühl« oder auch »Kohärenzsinn« gesprochen. Das SOC stellt nach Antonovsky »eine Hauptdeterminante sowohl dafür dar, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, dass man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt« [8, S. 33]. Diese Aussage wird noch deutlicher im Zusammenhang mit der Definition des SOC. Antonovsky selbst hat diese Definition im Laufe seiner Arbeit verändert und weiterentwickelt: »Das Kohärenzgefühl (SOC) ist eine Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darauf ausdrückt, dass,

1. die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. die Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Interventionen und Engagement lohnen« [8, S. 36].

Das SOC besteht aus den drei Komponenten: Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit bzw. Machbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit (meaningfulness).

- *Verstehbarkeit:* Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft (verstehbar) wahrnimmt. Das Individuum mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit, geht davon aus, dass Stimuli, denen es in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können .
- *Handhabbarkeit bzw. Machbarkeit:* Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. Antonovsky sieht hier Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierten Anderen kontrolliert werden – vom Partner, Freunden, Kollegen, Gott, Parteiführer oder auch von der Geschichte (also jemandem, dem man vertrauen kann).
- *Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit:* Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert und sie eher als willkommene Herausforderungen sieht als Lasten, die man gern loswerden möchte.

Mittels eines Fragebogens (Fragebogen zur Lebensorientierung), der vielfach eingesetzt wurde, hat Antonovsky das SOC und seine drei Bestandteile operationalisiert und messbar gemacht.

Bei dieser Denk-und Betrachtungsweise stehen nicht die negativen Auswirkungen von Stressoren im Mittelpunkt, sondern die Suche nach sinnvollen Strategien im Umgang mit diesen im Sinne von eher willkommenen Herausforderungen.

## Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen für die Durchsetzung sexueller Rechte und Selbstbestimmung als Voraussetzung für sexuelle Gesundheit

Bis zum heutigen Tage wird Gesundheit meist als Abwesenheit von Krankheit verstanden und auch so untersucht. Es existieren unzählige Studien zur Epidemiologie von Krankheiten. Die Gesundheitsberichte des Bundes basieren auf vielfältigen epidemiologischen Datenquellen und können daher nur indirekte Aussagen

zum Gesundheitszustand beschreiben. Eigentlich handelt es sich um eine Krankheitsberichterstattung. Gesundheit wird von der WHO als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert. Diagnostizierte Krankheiten sind häufig Zuschreibungen und schließen Wohlbefinden nicht per se aus. Menschen, welche Bewältigungsarbeit (Coping) leisten, können sich trotz Krankheit eines relativen Wohlbefindens erfreuen. Auch bisherige Studien zur sexuellen Gesundheit basieren meist auf einer pathogenetischen Sichtweise.

### *Empfehlungen an die Forschung*

Eine noch zu etablierende interdisziplinäre Sexualwissenschaft (gleichberechtigte Kooperation aller humanwissenschaftlichen Disziplinen) sollte sich verstärkt Forschungsfragen auf dem Hintergrund des salutogenetischen Paradigmas widmen. Leitfragen im Zusammenhang mit selbstbestimmter Sexualität im Sinne sexueller und geschlechtlicher Vielfalt wären zum Beispiel: Was sind die Hauptfaktoren für ein gelingendes inneres und äußeres Coming-out bei nicht-heterosexuellen, zum Beispiel schwulen und bisexuellen Männern? Wie wirkt sich gelebte, selbstbestimmte Sexualität auf die Gesundheit im Sinne der WHO-Definition aus? Welchen Einfluss hat das einvernehmliche Ausleben sexueller Bedürfnisse auf die Entwicklung des Kohärenzgefühles (SOC) bei Männern und damit auf die Stärkung ihrer Gesundheit? Diese Fragen sind zumindest für den deutschsprachigen Raum noch nicht erforscht.

Die US-amerikanischen Forscher C. A. Hill und C. J. Gunderson stellen in einem aktuellen Übersichtsbeitrag [9] die wichtigsten Schutzfaktoren auf dem Hintergrund der Resilienzforschung dar. Sie unterscheiden dabei Ressourcen im sozialen Umfeld und persönliche Eigenschaften. Diese Ressourcen ermöglichen es LGBTI*-Personen, situationsgerechte und vorteilhafte Verhaltensstrategien zu entwickeln. Unter einer salutogenetischen Sichtweise kann die Bedeutung dieser Faktoren für die Stärkung des SOC bestätigt werden. Menschen, denen es auf der Grundlage von kognitiven Einsichten (Verstehbarkeit) gelingt, potenzielle Stressoren, die aus ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Orientierung erwachsen, als sinnvolle Herausforderung (Bedeutsamkeit) anzunehmen und entsprechende Verhaltensweisen im Umgang mit ihren sexuellen und geschlechtlichen Bedürfnissen hervorzubringen (Handhabbarkeit), werden ein höheres Maß an Kohärenz (SOC) entwickeln können. Folgendes praktisches Beispiel soll die aufgezeigten Zusammenhänge nochmals verdeutlichen. Homophobe Äußerungen sind in Jungen- und Männergruppen weit verbreitet. Sie wirken als Stressor auf Heranwachsende, die erahnen, dass sich ihre eigene sexuelle Orientierung von der der Mehrheit der jungen Männer ihrer Peergroup unterscheidet. Nun gibt es zwei entgegengesetzte Möglichkeiten des Umganges mit diesem Stressor: Rückzug in die innere Emigration, Bekämpfen der eigenen Wünsche und Neigungen oder ein gewisses Verständnis für die Ursachen der weit verbreiteten homophoben, diskriminierenden Sprüche der Peers (meist unüberlegt und unreflektiert benutzt) zu entwickeln und die gewonnenen Einsichten für einen kreativen Umgang mit diesen Stressoren zu nutzen. Das Individuum mit einem hohen Maß an »Verstehbarkeit« wird begreifen, dass Wege und Möglichkeiten für den Umgang mit diesen Stressoren gefunden werden können. Wie »Handhabbarkeit« herstellbar ist, also entsprechende Verhaltensweisen ausgeprägt werden können, wird von den individuellen Ressourcen abhängen. Die Bewältigungsmöglichkeiten werden daher sehr vielfältig ausfallen. »Bedeutsamkeit« bzw. »Sinnhaftigkeit« als dritter Bestandteil des Kohärenzgefühles (SOC) wirkt als verstärkendes Motiv das eigene Coming-out selbstbestimmt zu durchlaufen und damit auch durch das eigene Beispiel die Gesellschaft zu verändern.

Vergleichen wir die Überlegungen der oben genannten Studie zur Resilienzforschung mit denen der Salutogenese, dann kommen wir zu ähnlichen Ergebnissen.

Zukünftig muss es gelingen traditionelles, pathogenetisches sowie präventives Denken durch die Erkenntnisse der Resilienzforschung und Salutogenese zu ergänzen. Das einseitige und derzeit bestimmende präventive Denken muss überwunden werden. Es darf nicht nur um die Verhinderung von Risiken (Prävention) gehen, sondern viel stärker um die Anerkennung, dass Risiken zur menschlichen Existenz gehören und auch als Herausforderung und Chance gesehen werden können.

### *Empfehlungen an die Gesundheitspolitik*

Leider findet sich für den Salutogeneseansatz in Deutschland kaum eine Lobby. Hierfür dürfte die neoliberale Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem verantwortlich sein. Kostenoptimierung und Gewinnmaximierung stehen heute im Mittelpunkt, auch wenn die Vertreter der neoliberalen Gesundheitspolitik beschwören, dass alles zum Wohle des Patienten getan werde. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat die Überhand gewonnen. Die ärztlichen Entscheidungskompetenzen werden durch die ökonomische Übermacht zunehmend eingeschränkt. M. Rudolphi schrieb schon 2007 im Deutschen Ärzteblatt von einer »beispiellosen Privatisierungswelle« [10]. Trotz des gegenteiligen Versprechens neoliberaler Ökonomen sind die Kosten im Gesundheitswesen unverändert weiter angestiegen. Um die Gründe der schlechten Lobby für den Salutogenseansatz zu verstehen, bedarf es keiner tiefgründigen Analysen. Mit Diagnostik und Therapie von Krankheiten lässt sich viel mehr verdienen als mit der Stärkung der Kohärenz, die zu gesünderen Menschen führt, welche das Gesundheitssystem (besser: Krankheitssystem) nicht bzw. weniger in Anspruch nehmen müssen. Hinzu kommt, dass »Andersartigkeit« im Sinne normativer Abweichung immer noch stärker pathologisiert wird. Hier sei nur an die anhaltenden Diskussionen zur Pathologisierung von Geschlecht und sexueller Orientierung oder auch ADHS erinnert. An letzterer Diagnose, welche erst 1978 offiziell in die ICD aufgenommen wurde, verdient die Pharmaindustrie Millionen. Diesen höchst bedenklichen Entwicklungen muss die Gesundheitspolitik gegensteuern. Die Prinzipien von Salutogenese und Resilienzforschung bedürfen einer größeren Unterstützung. Wenn es gelingt, diesen positiven Denk- und Handlungsansatz in der Gesellschaft fest zu verankern, wird es möglich sein, gewaltige ideelle und materielle Ressourcen freizusetzen und zu einer wirklichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beizutragen.

## Literatur


1 Schweizer K, Brunner F. Sexuelle Orientierungen. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2013;56:231–239.

2 Schmidt G. Das neue Der Die Das. Über die Modernisierung des Sexuellen. Gießen: Psychosozial Verlag; 2005:138–139.

3 Voß HJ. Biologie & Homosexualität. Theorie und Anwendung im gesellschaftlichen Kontext. Münster: Unrast; 2013.

4 Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. Kinsey report. Das sexuelle Verhalten des Mannes. Frankfurt: S. Fischer; 1970.

5 Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt M: S. Fischer; 221.

6 Bochow M, Sekuler T. Bisexuell aktive Männer: Schutz- und Risikoverhalten auf dem Hintergrund von HIV/AIDS. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe (DAH); 2016:15–26.

7 Krell C, Oldemeier K, Müller S. Coming-out – und dann…?!, Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen. München: Deutsches Jugendinstitut (DJI); 2016.

8 Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt; 1997.

9 Hill CA, Gunderson CJ. Resilience of lesbian, gay, and bisexual individuals in relation to social environment, personal characteristics, and emotion regulation strategies. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. 2015;3:232–252.

10 Rudolphi M. Folgen der Privatisierung: Die Spielregeln sind willkürlich. Deutsches Ärzteblatt. 2007;104:A-1956/B-1728/C-1664.

# 3.3 Asexualität – Definitionen und spezifische Bezüge zu Männern/Männlichkeiten

*Talke Flörcken*

**Zusammenfassung**
Seit Beginn des 21. Jahrhunderts gibt es immer mehr Menschen, die sich als »asexuell« bezeichnen. Auch das Interesse von Medien und Forschung an Asexualität nimmt zu. In der Community, im Aktivismus und in der Wissenschaft existieren unterschiedliche Definitionsvorschläge für »Asexualität«. Eine zentrale Definition stammt vom aktuell größten Online-Netzwerk für asexuelle Personen AVEN, das Asexualität als die sexuelle Orientierung von Menschen beschreibt, die keine sexuelle Anziehung erleben. Unabhängig davon, wie Asexualität nun genau gefasst wird, stellt sie eine Abweichung von der herrschenden heterosexuellen und Sexualität priorisierenden Norm dar. Das kann zur Diskriminierung von asexuellen Menschen führen. Asexuelle Männer/Männlichkeiten sehen sich mit dem Problem konfrontiert, dass Männern in der Gesellschaft ein starkes Bedürfnis nach Sexualität zugeschrieben wird, was Konzepten von Asexualität widerspricht. In der stetig anwachsenden Forschung zu Asexualität ist die Auseinandersetzung mit Männern/Männlichkeiten und Gesundheitsaspekten allerdings noch eher selten. Der Fokus auf Zusammenhänge zwischen Asexualität und Krankheiten und Störungen sowie die Untersuchung von weiblicher Asexualität überwiegen. Umso wichtiger ist es, weitere Forschung zu Asexualität und Männern/Männlichkeiten und diesbezüglichen Gesundheitsaspekten anzustoßen. Zugleich ist es wichtig, dass die Sichtbarmachung von Asexualität, die Schaffung von Akzeptanz, der Abbau von Diskriminierung und die Stärkung asexueller Menschen gefördert werden.

**Summary: Asexuality – definitions and specific references to men/masculinities**
Since the beginning of the 21st century, more and more people identify as »asexual« and the media interest and research in »asexuality« is growing. Various definitions of »asexuality« are proposed in the community, activism and research. However, a key definition suggested by AVEN – currently the largest online network for asexual people – conceptualizes asexuality as the sexual orientation of people who do not experience sexual attraction. Regardless of how the definition of asexuality is exactly worded, it means a deviation from the prevailing hetero- and sexual-normative standard. This often gives rise to the discrimination of asexual people. Asexual men/masculinities find themselves confronted with the problem that in this society a strong need for sexuality is usually attributed to men and that this contradicts concepts of asexuality. However, research on asexuality, although increasing, rarely focuses on men/masculinities and health aspects – research on relationships between asexuality and diseases and disorders, as well as the study of female asexuality predominate. All the more reason to initiate further research on asexuality, men/masculinities and related health issues. At the same time visibility of asexuality, support of acceptance, eradication of discrimination and empowerment of asexual people should be pursued.

---

## Der Begriff Asexualität

Das Bedürfnis sexuell zu sein und sexuell mit anderen Menschen interagieren zu wollen, kann in dieser Gesellschaft als Norm angesehen werden. In den letzten 15 Jahren wurde aber immer stärker vor allem durch eine asexuelle Emanzipationsbewegung, aber auch von Medien und Forschung darauf hingewiesen, dass manche Menschen dieses Bedürfnis nicht haben und daher dieser Norm nicht entsprechen können und/oder wollen. Diese Menschen bezeichnen sich unter anderem als asexuell. In einer Gesellschaft, in der Sexualität mit anderen Menschen als selbstverständlich vorausgesetzt wird, sehen sich asexuelle Menschen unterschiedlichen Diskriminierungen ausgesetzt. Dazu gehören diskriminierende Zuschreibungen wie zum Beispiel die Unterstellungen, unattraktiv zu sein, sexualisierte Gewalt erfahren zu haben, traumatisiert zu sein, »noch« nicht die »richtige« sexuelle Orientierung oder die_den »richtige_n« Partner_in gefunden zu haben usw. usf. [1].

Männliche Asexuelle können sich dabei in besonderem Maße mit Vorurteilen, zum Beispiel kein »richtiger« Mann zu sein, konfrontiert sehen, da Männern/Männlichkeiten stereotypisierend ein starkes Bedürfnis nach Sexualität zugeschrieben wird. Dies gilt allerdings nicht für alle Männer/Männlichkeiten gleichermaßen. Zum Beispiel wird bei Männern/Männlichkeiten im Alter oder mit Behinderung oft pauschal davon ausgegangen, dass diese asexuell seien.

Aber was bedeutet Asexualität eigentlich? Der Begriff Asexualität wurde lange hauptsächlich in der Biologie zur Beschreibung von ungeschlechtlichen Vermehrungsprozessen im Pflanzenreich oder bei Einzellern, zum Beispiel bei Amöben, verwendet. Hierauf spielen ironisch sowohl Zoe O'Reilly's 1997 veröffentlichter Artikel »My Life as an Amoeba« [2] als auch der Name des im Jahr 2000 gegründeten Onlinediskussionsforums »Haven for the Human Amoeba« (HHA) an, dem später auch David Jay, der Gründer von AVEN (Asexuality Visibility und Education Network: www.asexuality.org bzw. www.asexuality.org/de [deutschsprachige Internetseite]) beitrat [3]. AVEN wurde 2001 gegründet und ist aktuell das größte Online-Netzwerk für asexuelle Menschen, mit international über 110.000 registrierten Mitgliedern (Stand: Oktober 2014)[1]. AVEN bietet zwei Definitionen des Begriffs »Asexualität« an: Zum einen wird Asexualität auf der Internetseite von AVEN als sexuelle Orientierung definiert, die Menschen beschreibt, die keine sexuelle Anziehung zu anderen Personen erleben. Dennoch kann eine allgemeine sexuelle Erregung erlebt werden, die sich dann jedoch nicht auf andere Personen bezieht und entweder als unangenehm erlebt oder aber autosexuell ausgelebt wird. Zum anderen ist eine Person laut AVEN asexuell, wenn sie sich als solche identifiziert. Auch wenn diese zweite Definition von vielen sich als asexuell identifizierenden Menschen geteilt wird [3], sind weitere Definitionen und Selbstbezeichnungen wie »greysexual«[2] oder »demisexual«[3] etc. üblich, um unterschiedliche Ausprägungen deutlich zu machen. Um dieser Vielzahl von Selbstbezeichnungen und Selbstverständnissen Rechnung zu tragen, kann auch der Sammelbegriff »Asexuellen-Spektrum« verwendet werden. Für andere asexuelle Menschen gilt Asexualität wiederum als undefinierbar [3].

Die erste von AVEN vertretene Definition wird so oder ähnlich auch von der Forschung zum Thema Asexualität verwendet. Es existie-

---

1 Quelle: www.asexuality.org/en/topic/107548-number-of-registered-members-on-aven-119000-2nd-oct-2014 (01.06.2016).

2 »Eine Person, die sich zwischen asexuell und allosexuell sieht. Vielleicht fühlt sie sexuelle Anziehung sehr selten, oder hat kein Verlangen, sexuelle Beziehungen einzugehen« (http://asexyqueer.blogsport.de/ueber-asexualiaet/ [01.06.2016]). Als »allosexuell« wird eine Person bezeichnet, »die sich von anderen Personen sexuell angezogen fühlt. Eine nicht-asexuelle Person« (ebd.).

3 »Eine Person, die sich nur dann sexuell angezogen fühlt, wenn sie eine enge emotionale Beziehung zu einer Person eingegangen ist« (http://asexyqueer.blogsport.de/ueber-asexualiaet/ [01.06.2016]).

ren jedoch darüber hinaus noch weitere Definitionsvorschläge: Anthony F. Bogaert geht von zwei [4], Ellen Van Houdenhove et al. gehen von drei [5] zentralen Asexualitätsdefinitionen aus. Folgende Fragen werden in diesem Zusammenhang kontrovers diskutiert: Bedeutet Asexualität, keine Lust auf Sex zu haben? Oder bedeutet es, keine Lust auf Sexualität mit anderen Menschen zu haben, aber zum Beispiel zu masturbieren bzw. zu kuscheln, also intime, nicht-genitale Nähe zu anderen Menschen zu zeigen? Häufig wird Asexualität unter Rückgriff auf sozialwissenschaftliche Konzeptionen von sexueller Orientierung als Identität, Verhalten oder Begehren konzipiert: Asexualität wird entsprechend Menschen zugeschrieben, die sich als asexuell *identifizieren*, die keinen Sex mit anderen Menschen *haben* und die *kein Bedürfnis* nach sexueller Interaktion verspüren. Mit Blick auf die wissenschaftliche Forschung zu Asexualität lässt sich also ein komplexes und keineswegs einheitliches Bild davon zeichnen, was unter Asexualität verstanden werden könnte.

Klarer ist vielleicht, was Asexualität nicht ist: Von AVEN wird Asexualität etwa von zölibatären Lebensweisen mit dem Hinweis abgegrenzt, dass diese auf einer – zum Beispiel religiös begründeten – Entscheidung beruhen, nicht sexuell zu handeln, egal ob die Person sexuelle Anziehung fühlt oder nicht. Es gibt hingegen asexuelle Menschen, die masturbieren, aber auch solche, die – ohne dass sie sexuelle Anziehung spüren – Sex mit anderen Menschen haben (und durchaus auch als positiv bewerten). Asexualität bedeutet also auch nicht Antisexualität. Asexualität wird vielmehr als weitere sexuelle Orientierung neben Homo-, Bi- und Heterosexualität gestellt. Außerdem gibt es asexuelle Menschen, die eine romantische Beziehung zu einer anderen Person führen oder führen möchten. Um einen diesbezüglichen Wunsch abbilden zu können, werden in der Community Selbstbezeichnungen wie »romantisch« bzw. »aromantisch« verwendet. In dem als jährliche Umfrage angelegten englischsprachigen »AVEN Ace Community Census« (https://asexualcensus.wordpress.com) gaben 2014 zum Beispiel 81% der Befragten, die eine Selbstbezeichnung aus dem Asexualitätsspektrum (»demisexual«, »greysexual« etc.) verwendeten, an, eine romantische Orientierung zu haben. Zu dem Ergebnis, dass 70% der sich als asexuell identifizierenden Befragten schon mindestens einmal eine romantische Beziehung geführt hätten, kam eine Studie von Lorri A. Brotto et al. [6]. Asexualität und der Wunsch nach romantischer Intimität schließen sich also nicht automatisch aus. Des Weiteren existieren im »diagnostischen und statistischen Leitfaden psychischer Störungen« (DSM) zwar Diagnosen, die an die Erfahrung von Menschen anknüpfen, keine sexuelle Anziehung zu erfahren – von AVEN wird allerdings Asexualität auch von Krankheitsdiagnosen unterschieden. In der Forschung zu Asexualität wird hingegen die Abgrenzbarkeit von Asexualität und sexuellen Appetenzstörungen sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen beiden kontrovers diskutiert [4–6]. Anders als Asexualität setzen sexuelle Appetenzstörungen zum Beispiel einen »Leidensdruck« voraus. Dies wird durch eine Studie von Nicole Prause und Cynthia A. Graham gestützt, die zu dem Ergebnis kommt, dass asexuelle Menschen sich nicht mehr Sorgen über das Level ihres sexuellen Verlangens machen als Menschen, die nicht asexuell sind und es für erstere auch nicht wahrscheinlicher ist als für letztere, das Gespräch mit einer_m Gesundheitsexpert_in zu suchen [7]. Wie schwierig das Konzept von »Leidensdruck« zudem ist, darauf verweist eine durch AVEN initiierte Petition: Diese ruft die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) dazu auf, das Antidepressivum Flibanserin nicht zur Behandlung von Frauen mit Leidensdruck aufgrund von niedrigem sexuellem Verlangen gemäß DSM einzusetzen. Neben einer geringen Wirksamkeit und deutlichen negativen Nebenwirkungen verweisen die Unterzeichner_innen vor allem auf die Komplexität und die sozia-

len Komponenten des »Leidensdrucks«. Sie problematisieren, dass Flibanserin der Pathologisierung von niedrigem sexuellen Verlangen Vorschub leiste und verweisen auf alternative, zum Beispiel therapeutische Ansätze. Schließlich muss Asexualität auch nicht mangelnde physische bzw. sexuelle Erregbarkeit bedeuten.

Es sind bereits eine Vielzahl – zum Großteil englischsprachiger – Publikationen zu unterschiedlichen Aspekten von Asexualität erschienen: zum Beispiel zu grundsätzlichen Konzepten und Theorien, Häufigkeiten und Ursachen, Diskriminierungsformen, Identitätsvorstellungen, asexuellen Communities, Beziehungsformen, Asexualität als Politikform zum Beispiel als Widerstandsmöglichkeit, Asexualität in Romanen und Filmen, Asexualität und Behinderung, Asexualität in der Geschichte usw. usf. (siehe auch die Reviews von Bogaert [4] und van Houdenhove [5], eine Anthologie von Mark Carrigan und Kristina Gupta [8], den Sammelband aus feministischer und queerer Perspektive von Karli June Cerankowski und Megan Milks [9] sowie die Internetseite www.asexualexplorations.net). An der Forschung zu Asexualität sind aktuell viele Disziplinen mit unterschiedlichen Fachkulturen beteiligt, zum Beispiel Psychologie, Medizin, Sexualwissenschaften, Soziologie, Politikwissenschaften, Gender & Women Studies, Literaturwissenschaften, Medienwissenschaften usw.

Während es schon seit längerem Forschung zu unterschiedlichen Themen rund um Asexualität und Frauen/Weiblichkeiten gibt [10–14], gibt es deutlich weniger Forschung, die explizit asexuelle Männer/Männlichkeiten in den Fokus nimmt [15–17]. Für das Thema Gesundheit asexueller Männer/Männlichkeiten im weitesten Sinne sind folgende Veröffentlichungen aufschlussreich: Daten zur Erektionsfunktion bei chinesischen Männern zwischen 40 und 80 Jahren, die durch das Forscher_innenteam als »asexuell« eingestuft wurden, haben Yan-Ping Huang et al. im Rahmen einer quantitativen Studie erhoben [15]. Unter anderem wurden Gründe für die zugeschriebene Asexualität ermittelt, wobei mit 53,5% am häufigsten angegeben wurde, sich nichts aus Sexualität zu machen (»do not care about sexuality«). In einer qualitativen Interviewstudie untersuchte Ela Przybylo [17] die diskriminierenden Einflüsse von Sexualitätsnormen auf das Leben asexueller Männer. Auf mögliche Gründe, warum Männer/Männlichkeiten seltener angeben, asexuell zu sein und mit welchen Schwierigkeiten sie sich gesellschaftlich konfrontiert sehen könnten, weist Julie Sondra Decker [1] in ihrem 2014 erschienenen, einführenden Buch zu Asexualität für eine breite Leser_innenschaft hin. Beiträge zu Asexualität und Männern/Männlichkeiten im Zusammenhang mit Sexualitäts- und Männlichkeitsnormen sind auch auf aktivistischen Blogs veröffentlicht und diskutiert worden [18]. Eine allgemeine wissenschaftliche Auseinandersetzung zum Thema Geschlecht und Asexualität findet sich außerdem bei Przybylo [19].

## Überblick über den Forschungsstand

Besonders zwei Forschungsschwerpunkte der aktuellen Asexualitätsforschung sind für den Themenkomplex asexuelle Männer/Männlichkeiten und ihre Gesundheit aufschlussreich: Zum einen liegen Studien zu allgemeiner und nach Geschlecht differenzierter Häufigkeit von Asexualität und zum anderen liegen Studien zu Diskriminierungen von allgemein asexuellen Menschen und speziell auch asexuellen Männern/Männlichkeiten vor. Beide werden nun im Folgenden näher vorgestellt.

Angaben zur Häufigkeit von Asexualität reichen von 0,6% bis 5,5% [5]. Bogaert geht als Diskussionsgrundlage davon aus, dass 1% der Bevölkerung asexuell sein könnte [20]. Während für Deutschland noch keine Erhebungen zur Häufigkeit von Asexualität durchgeführt wurden, liegen zu anderen Ländern bereits Zahlen vor, zum Beispiel für England, Wales und Schottland (1% bzw. 0,5%, [21, 22]), Australien (0,5%, [23]) und Neuseeland (1,8%,

[24]). Dieses Spektrum an Ergebnissen ist auf verschiedene Definitionen von Asexualität zurückzuführen. An diese können unterschiedliche Verständnisse darüber anschließen, wie Asexualität beobachtbar und messbar gemacht werden kann. Die meisten Forschungen weisen zudem darauf hin, dass weniger Männer als Frauen asexuell sind. In Studien zu asexuellen Menschen variiert zum Beispiel der Frauenanteil zwischen 60 und 73,5% [5]. Eine Studie, in der finnische Zwillinge befragt wurden, kam zu dem Ergebnis, dass 3,3% Frauen und 1,5% Männer angaben, dass sie in den letzten zwölf Monaten keine sexuelle Anziehung zu anderen Menschen verspürt hätten [25] – auch hier zeigt sich die mitunter noch recht offene Definition von Asexualität. Umfragen, die innerhalb der Community durchgeführt wurden, kamen zu einem ähnlichen Fazit: Im »AVEN Ace Community Census« bezeichneten sich im Jahr 2014 11,9% der 10.880 Teilnehmer_innen als Mann/männlich, die eine Selbstbezeichnung aus dem Asexualitätsspektrum verwendeten. 62% bezeichneten sich als Frau/weiblich. 26,1% identifizierten sich als »andere«, worunter zum Beispiel »Agender«, »Genderqueer«, »Bigender«, »Neutrois« sowie weitere »andere« gefasst wurden. Vor dem Hintergrund dieser Erhebung wird auch fraglich, inwiefern Asexualitätsforschung, die von binären Geschlechtermodellen ausgeht, geschlechtliche Vielfalt asexueller Menschen sinnvoll abbilden kann.

Zu der Frage, warum weniger Männer/Männlichkeiten als Frauen/Weiblichkeiten angeben, asexuell zu sein, werden in der Community, Emanzipationsbewegung und Forschung unterschiedliche Ursachen und Gründe diskutiert, die von biologischen bis hin zu kulturellen Erklärungsmodellen reichen. Besonders an biologischen Erklärungsansätzen wurde von Przybylo die Kritik geübt, dass diese normative und essenzialisierende Vorstellungen von Geschlechterdifferenz reproduzieren würden [19]. Kulturelle Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Geschlechter-und vergeschlechtlichte Sexualitätsnormen, zum Beispiel die Vorstellung, dass Frauen meist ein geringes und Männer ein starkes Bedürfnis nach Sexualität hätten, verinnerlicht würden. Dies könnte die Anschlussfähigkeit von Frauen/Weiblichkeiten mit dem Konzept »Asexualität« erhöhen [4] und für Männer/Männlichkeiten erschweren, worauf auch eine Studie von Przybylo [17] hinweist: Gesellschaftliche Vorstellungen von Männern/Männlichkeiten seien, so Przybylo, mit einem starken »sexuellen Imperativ« [17] verbunden. Przybylo hat Interviews mit asexuellen Männern geführt, in denen der Fokus auf dem Ringen der Männer mit Normen von »angemessener« Männlichkeit und dazugehörenden Vorstellungen über »normales« sexuelles Begehren lag. Die interviewten Männer berichteten von dem Problem, dass gesellschaftliche Vorstellung von Männlichkeit Konzepten von Asexualität widersprechen. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass bestimmte gesellschaftliche Sexualitätsdiskurse dazu führen, dass Asexualität als unplausibel, unhaltbar und schädlich für Männer angesehen wird. Wahrscheinlich ist aber, dass es multiple, komplexe Erklärungen gibt, die biologische, psychologische und gesellschaftliche Faktoren berücksichtigen müssten, die in der Forschung zu Asexualität allerdings noch wenig ausgearbeitet sind.

Auf den Zusammenhang zwischen Normierung und Diskriminierung von asexuellen Menschen allgemein weisen weitere Forschungen hin: Sexualität würde in der sogenannten westlichen Gesellschaft als »gesund«, »natürlich« und »normal« angesehen. Sexualität sei eine Norm, die das Zusammenleben strukturiert, zum Beispiel indem monogame Zweierbeziehungen als eine bestimmte Form sexueller Beziehungen gegenüber anderen Beziehungsformen wie Freund_innenschaft oder Familie privilegiert werden und Sexualität zunehmend als zentraler Aspekt von Identität angesehen wird. In der Asexualitätsforschung wurden hierfür Begriffe wie »sexualnormativity« [26] und »Sexusociety« [27] verwendet

oder auch in Anlehnung an die Theoretikerin Adrienne Rich von »compulsory sexuality« [28] gesprochen. Doch Vielfalt und Abweichung von der Norm würden, wie darüber hinaus betont wird, in dieser Gesellschaft nicht immer als positiv bewertet und stets als Bereicherung gesehen, sondern oft abgewertet. Da eine bestimmte Form der Sexualität eine Norm sei, würden sich asexuelle Menschen mit abwertenden Vorurteilen und Diskriminierungen konfrontiert sehen. Zur strukturellen und interaktionellen Diskriminierung von asexuellen Menschen liegen bereits einige Forschungen vor:

Jacinthe Flore [29] hat beispielsweise gezeigt, dass sich historisch eine Sexualnormativität in der Sexualwissenschaft und Psychiatrie durchgesetzt hat. Laut Flore wurde Sexualität hier als natürlicher Instinkt verstanden und mit einem spezifischen Konzept von Gesundheit verknüpft, wodurch Asexualität gedanklich ausgeschlossen wurde. Hierauf hätten zum Beispiel die Theorien Sigmund Freuds, aber auch William Masters und Virginia Johnsons »Vier-Stufen-Modell der sexuellen Reaktion« großen Einfluss gehabt. Wenig oder keine sexuelle Lust zu empfinden, konnte dann lange Zeit in Medizin, Sexualwissenschaften und Psychiatrie nur als Defekt verstanden werden und wurde zum Beispiel auch im DSM als »Hypoactive sexual desire disorder« (zu Deutsch »sexuelle Appetenzstörung«) aufgenommen. Asexualität, wie sie heute zum Beispiel von AVEN verstanden wird, war so lange Zeit undenkbar. Für die aktuelle Asexualitätsforschung sieht Przybylo [30] folgende Tendenzen: Sie sei unter anderem durch eine positive Einstellung gegenüber asexueller Identifikation und Depathologisierung bestimmt. Das zeige sich zum Beispiel in dem Bemühen, Asexualität – meist mit dem Verweis auf fehlenden Leidensdruck – von »sexuellen Appetenzstörungen« abzugrenzen. Auffällig ist jedoch, dass Asexualität häufig wissenschaftlich auf Zusammenhänge mit Störungen und Krankheiten – insbesondere auf psychische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen – hin untersucht wird [4, 6, 15, 21]. Dies kann als ambivalent bewertet werden: Zwar könnten durch solche wissenschaftlichen Studien seelische Belastungen von asexuellen Menschen sichtbar gemacht werden, doch ebenso suggeriert dieser einseitige Fokus, dass Asexualität nur im Zusammenhang mit Störungen und Krankheiten – und nicht als Gesundheit – erklärbar wird. Es besteht die Gefahr, dass Wissenschaft auf diese Weise implizit Sexualität als Normalität und Gesundheit setzt und vor diesem Hintergrund Asexualität als Abweichung und Krankheit bzw. Störung entwirft und pathologisiert.

Auch strukturelle Diskriminierung asexueller Menschen durch Rechtssysteme wurde untersucht: Elisabeth Emens [31] hat das US-amerikanische Rechtsystem vor dem Hintergrund von Asexualität betrachtet. Sie untersucht, wie das US-amerikanische Rechtssystem Sexualität privilegiert und dadurch zur Diskriminierung von asexuellen Personen führen könnte, zum Beispiel wenn im Eherecht gesetzliche Bestimmungen zu sexueller Aktivität enthalten sind.

Eine andere Studie zu interaktioneller Diskriminerung asexueller Menschen kommt zu dem Ergebnis, dass heterosexuelle Menschen asexuellen Menschen mit mehr Abneigung (»more disfavor«) begegnen als anderen sexuellen Minderheiten (hierzu zählen die Autor_innen zum Beispiel Schwule und Lesben). Zudem würden sie sie als weniger menschlich (»less than human«) charakterisieren [32]. Przybylo [17] kommt schließlich zu dem Ergebnis, dass durch bestimmte gesellschaftliche vergeschlechtlichte Sexualitätsdiskurse asexuelle Männer/Männlichkeiten in besonderer Weise Diskriminierung erfahren, zum Beispiel sozialen Ausschluss, Isolation, ungewollten Sex, Nicht-Akzeptanz ihrer asexuellen Identität, Mobbing usw. Diese Studie zeigt, dass sich asexuelle Männer/Männlichkeiten einem starken gesellschaftlichen Druck, Vorurteilen und Diskriminierungen ausgesetzt sehen, die zu seelischen Belastungen führen.

*Tab. 1: Übersicht über Vereine und Veranstaltungen mit Schwerpunkt Asexualität in Deutschland, ihre Internetadressen, Ziele und Angebote. Quelle: Eigene Zusammenstellung*

| Verein/ Veranstaltung | Internetadresse | Ziele | Angebote |
|---|---|---|---|
| AVEN | www.asexuality.org/de und www.asexuality.org | Aufklärung über Asexualität<br>Förderung der Sichtbarkeit und Akzeptanz von Asexualität<br>Förderung des Wachsens einer asexuellen Community | Auf den Internetseiten finden sich z. B. einführende Informationen zu Asexualität weiterführende Links auch auf Veranstaltungen und Vernetzungsmöglichkeiten<br>In den Diskussionsforen der englischsprachigen Seite gibt es die Möglichkeit, sich in Foren zu Geschlecht auszutauschen. |
| AktivistA (Verein zur Sichtbarmachung von Asexualität) | www.aktivista.net | Präsenzzeigen in der Öffentlichkeit durch Teilnahme an queeren Veranstaltungen<br>Erhöhung der Medienpräsenz von Asexualität | Auf der Internetseite sind z. B. einführende Informationen zu Asexualität, weiterführende Materialien und Links sowie Hinweise auf Veranstaltungen zu finden. Zudem wird seit 2015 eine Konferenz durchgeführt. |
| Asexual Awareness Week | www.asexualawareness-week.com | Vermittlung von Wissen über asexuelle, aromantische, demisexuelle und greysexuelle Erfahrungen<br>Entwurf und Bereitstellung von Materialien | Auf der Internetseite finden sich Ressourcen wie Videoclips, Folienvorträge oder Flyer, die für Veranstaltungen im Rahmen einer »Asexual Awareness Week« verwendet werden können. |

## Übersicht über Vereine asexueller Menschen und ihre Antidiskriminierungsarbeit

Eine aktuelle zentrale Strategie des asexuellen Aktivismus ist die Sichtbarmachung von Asexualität, die Schaffung von Akzeptanz, der Abbau von Diskriminierung und ein Empowerment, das auch dabei helfen könnte, seelische Belastungen von asexuellen Männern/Männlichkeiten abzubauen. Aktuell fokussieren sich diese Initiativen hauptsächlich auf Asexualität allgemein und nicht auf asexuelle Männer/Männlichkeiten (oder andere Geschlechter) und/oder deren Gesundheit (siehe Tabelle 1).

Selbsthilfegruppe zum Thema Asexualität sowie für Asexualität sensibilisierte Beratungsstellen oder Therapeut_innen sind derzeit noch selten. Für Baden-Württemberg befindet sich eine diesbezügliche Datenbank durch das Landesnetzwerk LSBTTIQ im Aufbau (www.netzwerk-lsbttiq.net). Zu guter Letzt wird das Thema in Deutschland immer häufiger in sexualpädagogischen Angeboten, in Angeboten der Jungenarbeit und von Organisationen aufgegriffen, die sich für sexuelle Identitäten und sexuelle Orientierungen in Deutschland einsetzen, zum Beispiel in ihren Glossaren.

## Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

Wie wichtig es sein kann, auf unterschiedlichen Ebenen und mit Blick auf unterschiedliche Personengruppen über Asexualität aufzuklären, können folgende Beispiele verdeut-

lichen: Zum einen berichten viele sich als asexuell identifizierende Menschen darüber, wie wichtig Informationen, Begriffe, Konzepte, Selbstbeschreibungen usw. und Vernetzung mit anderen asexuellen Menschen für sie waren, um sich nicht mehr als zum Beispiel nicht normal oder krank zu begreifen. Zum anderen setzt sich der Verein AktivistA zum Ziel, dass Psychotherapeut_innen sich nicht in negativer oder pathologisierender Weise auf die sexuelle Orientierung asexueller Menschen beziehen.

### *Empfehlungen für Bildung und Aufklärung*

Folgende Handlungsempfehlungen schließen sich hieran an:

- Unterstützung bestehender Antidiskriminierungsarbeit, zum Beispiel von Vereinen wie AVEN oder AktivistA; gegebenenfalls Erweiterung bestehender Antidiskriminierungsarbeit und Beratungsangebote für LGBT*IQ um das Thema Asexualität
- Vermittlung von Informationen über Asexualität auf zentralen Internetseiten, die über Sexualität, sexuelle Orientierung etc. informieren, zum Beispiel auf den Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- asexualitätssensible Bildungsarbeit zu Geschlechter- und Sexualitätsnormen und Erweiterung bestehender Angebote um Asexualität: Auf diese Weise könnten Zuschreibungen wie zum Beispiel, dass Frauen meist ein geringes und Männer ein starkes Bedürfnis nach (Hetero-)Sexualität hätten und Asexualität daher für Frauen wahrscheinlich und für Männer ungewöhnlich sei, hinterfragbar und der Blick für vielfältige Lebensweisen geöffnet werden.
- Sensibilisierung von Ärzt_innen, (Psycho-)Therapeut_innen, (Paar-)Berater_innen, (Sexual-)Pädagog_innen etc., die zu Themen wie Sexualität oder sexueller Orientierung arbeiten, für das Phänomen der Asexualität – optimaler Weise schon während der Ausbildung: Wichtig kann hier die Vermittlung von Wissen über Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Asexualität und sexuellen Störungen sein, um eine Fehldiagnose von asexuellen Personen zu vermeiden und diese optimal beraten zu können. Außerdem sollten normierende Zuschreibung in Bezug auf Geschlecht, Sexualität, sexuelle Orientierung und Beziehungsformen etc. reflektiert und vermieden werden. In einer englischsprachigen Publikation wurden bereits Hinweise und Handlungsempfehlungen für Berater_innen, Psycholog_innen und andere Fachleute im Gesundheitswesen für ihren Umgang mit asexuellen Menschen gegeben [33].
- Konkrete Handlungsempfehlungen für nicht-asexuelle Menschen im Umgang mit asexuellen Menschen wurden von Decker [1] formuliert, zum Beispiel dazu, welche Aussagen oder Fragen asexuelle Menschen inwiefern verletzen könnten oder wie man damit umgehen könnte, wenn die_der Partner_in sich als asexuell outet.

### *Empfehlungen für die Gesundheitspolitik*

Aus politischer Perspektive erscheint es sinnvoll, Asexualität als sexuelle Orientierung zu fassen, damit Asexualität auch rechtlich erfasst werden kann. Zudem könnte die Politik dann Forschungen, Informations- und Bildungsangebote sowie Aufklärung zu Asexualität stärker unterstützen.

### *Forschungsschwerpunkte*

Eine verstärkte Forschung zu Asexualität kann diese Prozesse sinnvoll unterstützen. Asexualitätsforschung ist allerdings international ein noch junges Forschungsfeld. Zwar sind die Veröffentlichungen zum Thema in den letzten Jahren deutlich angestiegen, eine umfassende Auseinandersetzung mit Asexualität und Geschlecht, vor allem von Männern/Männlichkeiten, steht allerdings noch aus. Auch die

Forschung zu Gesundheitsaspekten asexueller Männer/Männlichkeiten ist in diesem Zusammenhang zu bearbeiten.

Hierbei ist es wichtig, Männer/Männlichkeiten in ihrer Vielfalt wahrzunehmen statt zu verallgemeinern, denn es wäre möglich, dass für zum Beispiel einen asexuellen Mann mit Behinderung, einen jungen schwulen Asexuellen oder eine Schwarze asexuelle Trans*-Person/Mann unterschiedliche Themen, Probleme und Diskriminierungen sowie entsprechend unterschiedliche Bedarfe bestehen können. Diesbezüglich kann eine intersektionale Perspektive hilfreich sein, die das Zusammenwirken verschiedener Diskriminierungsformen in einer Person analysiert. Auch eine Forschung, die Stereotypisierungen, Vorurteile und Diskriminierungen in Bezug auf Sexualität und Geschlecht kritisch reflektiert und nicht reproduziert, hilft dabei, Verallgemeinerungen und Normierungen in Bezug auf asexuelle Männer/Männlichkeiten zu vermeiden.

## Literatur


1 Decker JS. The Invisible Orientation: An Introduction to Asexuality. NY: Carrel Books; 2014.

2 O'Reilly Z. My life as Amoeba. StarNet Dispatches; 1997 [zitiert am 28.4.2012]. http://web.archive.org/web/20030210212218/http://dispatches.azstarnet.com/zoe/amoeba.htm.

3 Hinderliter AC. Asexuality: The History of a Definition. o.J. [zitiert am 3.12.2011]. http://www.asexualexplorations.net/home/documents/asexuality_history_of_a_definition.pdf.

4 Bogaert AF. Asexuality: What It is and Why It Matters. Journal for Sex Research. 2015.

5 van Houdenhove E, Gijs L, T'Sjoen G, Enzlin P. Asexuality: Few facts, many questions. Journal of Sex and Marital Therapy. 2014;(40):175–92.

6 Brotto LA, Knudson G, Inskip J, Rhodes K, Erskine Y. Asexuality: A mixed methods approach. Arch Sex Behav. 2010 Jun;39(3):599–618

7 Prause N, Graham CA. Asexuality: Classification and Characterization. Arch Sex Behav. 2007 Jun;36(3):341–56.

8 Carrigan M, Gupta K, Morrison TG (Hrsg.). Asexuality and Sexual Normativity: An Anthology. New York: Routledge; 2014.

9 Milks M, Cerankowski KJ (Hrsg.). Asexualities: Feminist and Queer Perspectives [Routledge Research in Gender and Society]. New York: Routledge; 2014.

10 Johnson M. Asexual and autoerotic women. In: Gochros HL, Gochros JS (Hrsg.), The sexually oppressed. New York: Associated Press; 1977:96–108.

11 Rothblum ED, Brehony KA (Hrsg.). Boston Marriages: Romantic But Asexual Relationships Among Contemporary Lesbians. Amherst: The University of Massachusetts Press; 1993.

12 Fahs B. Radical refusal: On the anarchist politics of women choosing asexuality. Sexualities. 2010;(13):445–61.

13 Brotto LA, Yule MA. Physiological and Subjective Sexual Arousal in Self-Identified Asexual Women. Arch Sex Behav. 2011 Aug;40(4):699–712.

14 van Houdenhove E, Gijs L, T'Sjoen G, Enzlin P. Stories about asexuality: A qualitative study on asexual women [Advance online publication.]. Journal of Sex and Marital Therapy. 2014.

15 Huang YP, Chen B, Ping P, Wang HX, Hu K, Yang H, Zhang T, Feng T, Jin Y, Han YF, Wang YX, Huang YR. Asexuality development among middle aged and older men. PLoS One 2014;9(3).

16 Grossman A. »Why Didn't You Tell Me That I Love You?«: Asexuality, Polymorphous Perversity, and the Liberation of the Cinematic Clown. In: Milks M, Cerankowski KJ (Hrsg.), Asexualities: Feminist and Queer Perspectives. [Routledge Research in Gender and Society]. New York: Routledge; 2014:199–224.

17 Przybylo E. Masculine Doubt and Sexual Wonder: Asexually-Identified Men Talk About Their (A)sexualites. In: Milks M, Cerankowski KJ (Hrsg.), Asexualities: Feminist and Queer Perspectives. [Routledge Research in Gender and Society]. New York: Routledge; 2014:225–248.

18 The Thinking Aro. Male Asexuality and Its Challenge to Masculinity; 2012 [zitiert am 3.11.2015]. https://thethinkingasexual.wordpress.com/2012/04/12/male-asexuality-and-its-challenge-to-masculinity/.

19 Przybylo E. Producing facts: Empirical asexuality and the scentific study of sex. Feminism & Psychology. 2013;(23):224–42.

20 Bogaert AF. Understanding asexuality. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; 2012.

21 Bogaert AF. Asexuality: prevalence and associated factors: a national probability sample. J Sex Res. 2004 Aug;41(3):279–87.

22 Aicken C, Mercer C, Cassella J. Who reports absence of sexual attraction in Britain?: Evidence from national probability surveys. Psychology and Sexuality. 2013;(4):121–35.

23 Smith AM, Rissel CE, Richters J, Grulich AE, de Visser, RO. Sex in Australia: Sexual identity, sexual

attraction, and sexual experience among a representative sample of adults. Aust N Z J Public Health. 2003;27(2):138–45.
24 Lucassen MF, Merry SN, Robinson EM, Denny S, Clark T, Ameratunga S, Crengle S, Rossen FV. Sexual attraction, depression, self-harm, suicidality and help-seeking behaviour in New Zealand secondary school students. Aust N Z J Psychiatry. 2011 May;45(5):376–83.
25 Höglund J, Jern P, Sandnabba NK, Santtila P. Finnish women and men who self-report no sexual attraction in the past 12 months: Prevalence, relationship status, and sexual behavior history. Arch Sex Behav.2014;(43):879–89.
26 DeLuzio Chasin C. Theoretical Issues in the Study of Asexuality. Arch Sex Behav.2011;40(4):713–23.
27 Przybylo E. Crisis and Safety: The asexual in sexusociety. Sexualities. 2011;14(4):444–61.
28 Milks M, Cerankowski KJ. Introduction: Why Asexuality? Why Now? In: Milks M, Cerankowski KJ (Hrsg.), Asexualities: Feminist and Queer Perspectives. [Routledge Research in Gender and Society]. New York: Routledge; 2014:1–16.
29 Flore J. Mismeasures of Asexual Desires. In: Milks M, Cerankowski KJ (Hrsg.), Asexualities: Feminist and Queer Perspectives. [Routledge Research in Gender and Society]. New York: Routledge; 2014:17–34.
30 Przybylo E. Afterword: some thought on asexuality as an interdisciplinary method. In: Carrigan M, Gupta K, Morrison TG (Hrsg.), Asexuality and Sexual Normativity: An Anthology. New York: Routledge; 2014.
31 Emens EF. Compulsory sexuality. Stanford Law Review. 2014;66(2):303–386.
32 MacInnis CC, Hodson G. Intergroup bias toward »Group X«: Evidence of prejudice, dehumanization, avoidance, and discrimination against asexuals. Group Processes and Intergroup Relations. 2012;(15):725–43.
33 Richards C, Barker M. Sexuality and Gender for Mental Health Professionals: A Practical Guide. SAGE; 2013.

# 3.4 Die Gesundheitsversorgung für Trans*-Männlichkeiten: Stand, Bedarfe, Empfehlungen

*Arn Sauer & Annette Güldenring*

**Zusammenfassung**

Der Beitrag beschäftigt sich mit der Gesundheit und den systemischen Bedingungen von Trans*-Männlichkeiten bzw. Trans*-Männern. Die gesundheitliche Situation und die Bedürfnisse von Personen, die sich im trans*-männlichem Spektrum verorten, wird anhand trans*-emanzipatorischer, nationaler und internationaler Forschung sowie community-basierter Erfahrung in Deutschland skizziert. Der Artikel befasst sich zunächst mit den transitionsspezifischen psychischen und somatischen, im Weiteren mit den nicht-transitionsrelevanten gesundheitlichen Bedürfnissen. Er zeigt die Interaktion von juristischen Regelungen mit dem medizinisch-psychiatrischen System auf und die damit verbundenen negativen Konsequenzen für die Gesundheit von Trans*-Männern. Kritik wird besonders an der Annahme einer naturalisierten Zweigeschlechtlichkeit in den bestehenden Gesundheits- und Rechtssystemen geübt, die eine Vielfalt geschlechtlicher Identifikationsmöglichkeiten und entsprechend diverse Ansprüche an eine Gesundheitsversorgung ausblenden. Schlussendlich überlegen die Autor_innen anhand trans*-männlicher Anforderungen und internationaler Erfahrungen, wie das derzeitige psychopathologisierende Gesundheitssystem seiner Verantwortung, das Wohl und die Gesundheit auch von Trans*-Männlichkeiten in den Mittelpunkt zu stellen, besser gerecht werden könnte.

**Summary: Health care for trans*masculinities: current status, needs, recommendations**

The article concerns the health and systemic conditions for trans* masculinities and trans* men. Based on emancipatory, national and international trans* research as well as experiences in the German trans* community, the authors perform a review of the health situation of people who self-define on a trans* male spectrum. First, transition-related psychological as well as somatic needs are considered; followed by a brief review of non-transition-related general health needs. In these contexts, the interaction of legal and medical-psychiatric regulations and their negative impacts on the health of trans* men are also discussed. A main point of critique is the naturalised, binary understanding of sex and gender and the disregard for diverse gender identities with their diverse health needs within the existing health and legal systems. Finally, the authors reflect upon possibilities for changing the current health system, which pathologises trans* identities, to better realise and prioritise its responsibility to the well-being and health of trans* men.

## Einleitung

In diesem Beitrag beschäftigt sich der dritte Männergesundheitsbericht zum ersten Mal mit der Gesundheitslage und -versorgung von Trans*-Männern.[1] Deutschlandweit gibt es noch keine systematische Erhebung der gesundheitlichen Bedarfe weder von Trans* im Allgemeinen noch von Trans*-Männern im Besonderen. Wir stützen uns im Wesentlichen auf trans*-emanzipatorische, internationale Studien und lokale Erfahrungswerte aus der Trans*-Beratung und -Community in Deutschland. Wir schätzen solche Informationen als teilweise aussagekräftiger ein als klinische Studien, die Trans* oft unter einem Krankheits- und Abnormitätsparadigma erforschen. Die in diesem Beitrag zitierten Studien unterliegen jedoch in ihrer Aussagekraft Limitierungen: Zu nennen sind zum Beispiel uneinheitliche (Selbst-)Definitionen von Trans*, kleine Fallzahlen oder Unwissen über Trans* und die Annahme, dass die Studienteilnehmenden überwiegend weiß und auch nicht anderweitig mehrfachdiskriminiert sind. Unabhängig vom Titel dieses Bandes »Männergesundheitsbericht«, der eine Binarität von Geschlecht suggeriert, sehen wir uns als Autor_innen herausgefordert, rationalisiert über etwas zu schreiben, das nicht binär und nicht rationalisierbar ist – über Geschlecht. Der Beitrag geht über die Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit hinaus, in denen sich Transgeschlechtlichkeit in der Auseinandersetzung mit den bestehenden Gesellschafts- und Rechtssystemen, die von der Annahme einer »naturalisierten Zweigeschlechtlichkeit« ausgehen, behaupten und verorten muss [1]. Sich behaupten müssen sich Trans*-Personen insbesondere gegenüber einer psycho-pathologisierenden Medizin, die immer noch die dominante Rolle in der Trans*-Gesundheitsversorgung und in der Begutachtung im Rahmen des Transsexuellengesetzes (TSG) spielt. Wir werden anhand trans*-männlicher Anforderungen überlegen, warum das derzeitige System seiner Verantwortung, das Wohl und die Gesundheit auch von Trans*-»Patient_innen« in den Mittelpunkt zu stellen, trotz langjähriger und fundierter Kritik immer noch nicht nachkommt und Überlegungen anstellen, wie sich das ändern könnte.

1 Für Begriffsbestimmungen und Konzepte von Transgeschlechtlichkeit, Transgender, Transidentität, Transsexualität etc. (hier kurz: Trans*) vgl. u.a. [1].

## Trans*-vielfältiger Weg zum Mann- und Gesund-Sein

Die Rigidität des zweigeschlechtlichen Systems beweist sich in der, auf körperlichen Morphologien fußenden, Geschlechtszuweisung nach der Geburt, die immer eine Fremdbestimmung ist und die Möglichkeit geschlechtlicher Vielfalt ausschließt [2, 3]. Dabei sind die geschlechtlichen Identitäten voller Schönheit, ingeniös und undulieren zwischen männlich und weiblich. Sie sind zudem intersektional und abhängig von intelligibler Kommunikation und Interaktion. Geschlechtsidentitäten müssen nicht unbedingt lebenslänglich fixiert sein: Sie können sich im Laufe der persönlichen Entwicklung potenziell bis ins hohe Alter verändern. Für einen Menschen, dem bei Geburt aufgrund anatomischer Merkmale das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde, der sich jedoch mit dieser Zuweisung nicht, teilweise nicht und/oder zeitweise nicht identifizieren kann, kann dies der Beginn einer innerpsychischen Thematik sein – nicht selten mit gravierenden Folgen für das zukünftige Wohlbefinden und die Gesundheit. Als sogenanntes anatomisches Mädchen geboren, kann sich dieser Mensch im Laufe seines Lebens als weiblich, als männlich, männlich mit transsexuellem Hintergrund, trans*-männlich, trans*, dazwischen, weder/noch, non-gender, genderqueer und/oder individuell geschlechtlich innerhalb (trans*-)männlicher Geschlechtsiden-

titäten und Geschlechterrollen entdecken. Alle geschlechtlichen Selbstdefinitionen respektierend, rekurrieren wir in diesem Artikel auf diese Menschen vereinfachend als Trans*-Männlichkeiten oder Trans*-Männer.

Die Grenzziehung zwischen den Polen »Mann« und »Frau« ist psycho- und soziodynamisch kompatibler (vielleicht sogar unbedeutend) für Menschen, die sich in einem »permanent oszillierenden Geschlechtsidentitätszustand innerhalb der sozial vorgelegten Geschlechtergrenzen« [4, S. 218] weitgehend konfliktfrei erleben. Menschen, die sich nicht mit den vorgegebenen Polen identifizieren, können allerdings in einen manchmal lebenslänglich andauernden, innerpsychischen Konflikt- und Leidenszustand mit sich selbst, ihrem individuellen geschlechtlichen Erleben und den normativen Verhaltens- bzw. Erlebenszwängen der Gesellschaft geraten. Sie werden aufgrund ihres geschlechtlich sogenannten »non-konformen« Erlebens und Ausdrucks oft abgelehnt und diskriminiert.

Der Zusammenhang zwischen Diskriminierung und der erhöhten Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei non-konform geschlechtlich empfindenden Menschen ist vor allem in US-Studien aufgezeigt worden [5]. Wichtige theoretische Grundlage für die Genese reaktiv-psychischer Erkrankungen ist das »Minority-Stress«-Modell [6], das auf der sozial-psychologischen Stressforschung, der Stigma-Forschung und auf Kenntnissen über stressinduzierte Reaktionen des endokrinologischen Systems beruht. Das »Minority-Stress«-Modell erklärt, wie sich »spezifische Stressoren und stigmatisierende Situationen auf Menschen, die zu einer Minderheit gehören, auf unterschiedlichen Ebenen (körperliche und seelische Gesundheit, Verhalten, Sozialstatus etc.) auswirken« [4, S. 221]. Interessant ist die Unterscheidung in externe und interne Stressoren. Erst diese Unterscheidung ermöglicht das Verständnis der Verinnerlichung von Diskriminierungserleben nach Stigmatisierungsstress als psychosomatische Reaktion, ohne dass per se ein psychischer Krankheitszustand vorausgesetzt wird.

Die internationale Public Health Forschung zeigt, dass stigmatisierte Personen ein höheres Risiko haben, auf Diskriminierungsdruck und/oder aus Angst vor Diskriminierung mit psychischen Folgeerkrankungen zu reagieren. Die Trans*-Forschung hat dies als Ergebnis von internalisiertem Stigma nachgewiesen [5,7]. Zur Ausbildung einer internalisierten Transphobie oder Transfeindlichkeit müssen keine realen, externen Traumatisierungserfahrungen gemacht worden sein. Allein aus der Beobachtung einer zweigeschlechtlichen Umwelt mit stereotypen Geschlechtscodices können Trans*-Menschen ein *stilles* (Un-)Bewusstsein für mögliche Stressoren entwickeln [8]. Stigma-Bewusstsein ist für Trans*-Menschen zu einem frühen Zeitpunkt der Persönlichkeitsentwicklung, meist schon in der Kindheit, psychodynamisch von hoher Relevanz. Es erhöht die »Sensibilität für potenziell gefährliche Situationen« [4, S. 221]. Die Prävention von stigmainduzierten, negativen Gesundheitsfolgen kann durch die Reduktion von Minority-Stress erfolgen und ist somit nicht allein eine medizinische, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Identitätsbildung und die kompensatorisch wirksamen Unterstützungsstrukturen durch Communities sowie die entsprechende Stress-Belastung sind unterschiedlich (hoch) für Menschen mit Behinderungen, mit Rassismuserfahrung und andere mehrfach-marginalisierte Gruppen, die unter besonderem Diskriminierungsdruck stehen.

## Aktuelle Trans*-Gesundheitsversorgung in Deutschland

Bis vor Kurzem herrschte in der Medizin weltweit die Lehrmeinung, dass es sich bei »Transsexualität« um eine psychische »Störung der Geschlechtsidentität« handele, die in dem Krankheitskatalog der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« (ICD-10) im Kapitel

der psychischen Erkrankungen nach wie vor unter F64.0 gelistet ist.[2] In einem Versuch, die Psychopathologisierung von non-konformem geschlechtlichem Empfinden zu überwinden, hat die American Psychiatric Association (APA) im »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM 5) im Mai 2013 den Begriff »Geschlechtsdysphorie« eingeführt [2]. Damit beschreibt der DSM 5 für Trans*-Personen eine psychiatrische Diagnose, die lediglich bei (erwartbarem) Leiden unter einer fehlenden oder beeinträchtigten Übereinstimmung zwischen dem subjektiven geschlechtlichen Empfinden und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen gegeben werden kann und zeitlich begrenzt ist. In der Neufassung der ICD-11 soll voraussichtlich der Begriff der »Geschlechtsinkongruenz« [9, S. 19] eingeführt werden. Dieser soll ein Nicht-Zusammenfallen von individuellem geschlechtlichem Erleben mit körperlichen Geschlechtsmerkmalen als Normvariante würdigen, um (ungeachtet der Kontroversen um den »Kongruenz«-Begriff) ein Krankheitsstigma zu beenden. Eine sogenannte »Geschlechtsinkongruenz« wäre nicht zwingend mit psychischem Leiden assoziiert, könnte sich aber in eine »Geschlechtsdysphorie« entwickeln. Geschlechtsangleichende Maßnahmen könnten nach diesem Modell darauf abzielen, eine Geschlechtsdysphorie zu mildern oder im Sinne einer Prävention zu verhindern.

Mit Veröffentlichung der »Standards of Care 7« der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) im Jahr 2012 [10] ist ein »Paradigmenwechsel« [9, S. 40] zu beobachten, der auch Europa mit der Gründung der European Professional Association for Transgender Health (EPATH) im Jahr 2015 erreicht hat. Zudem hat sich im Oktober 2015 der Weltärztebund auf Initiative der deutschen Bundesärztekammer in einem Positionspapier in einem historischen Schritt weltweit *gegen* die Psychopathologisierung von Transgeschlechtlichkeit ausgesprochen [11].

## Transitionsbezogene Gesundheit

Die transitionsbezogene[3] Gesundheitsversorgung ist auch für Trans*-Männlichkeiten ein bedeutendes Thema. Zur Veranschaulichung, wie die Aufgaben von Ärzt_innen bzw. Psycholog_innen zwischen Gesetzgebung, Behandlung und Kostenregulierung organisiert sind, dient folgendes Schaubild (s. Abb. 1).

Drei Instanzen spielen für die transitionsbezogene Gesundheit entscheidende Rollen:

- Medizin/Psychologie (medizinische Behandlungs- und juristische Gutachtenfunktion, oft in Personalunion)
- Kostenträger (Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen)
- Recht (Gerichtsanrufung für Vornamensänderung/Personenstandsänderung)

Grundlage für den psychologisch-medizinischen Behandlungsweg sind in Deutschland immer noch die »Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen« aus dem Jahr 1997 [13].[4] Sie

2 In der ICD tauchte die Diagnose »Transvestitismus« erstmalig 1965 im Kapitel »sexuelle Deviationen« auf, das 1975 mit »Transsexualismus« erweitert wurde. Die letzte Revision im Jahre 1989 differenzierte im Kapitel »Geschlechtsidentitätsstörungen« zwischen Kindesalter und Erwachsenenalter, »Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen« und sogenannte »sonstige Störungen der Geschlechtsidentität«. Seit 25 Jahren ist die ICD nicht mehr aktualisiert worden, was von der herausgebenden Weltgesundheitsorganisation für 2018 anvisiert ist, vgl. www.who.int/classifications/icd/revision/en/ (31.01.2017).

3 Transition bezeichnet bei Trans* den sozialen, juristischen und körperlichen Übergang in das (nicht notwendigerweise binäre) Identitätsgeschlecht.

4 Aktuell arbeitet eine Expert_innengruppe nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) an einer Aktualisierung der Leitlinien, vgl. www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/138-001.html (31.01.2017).

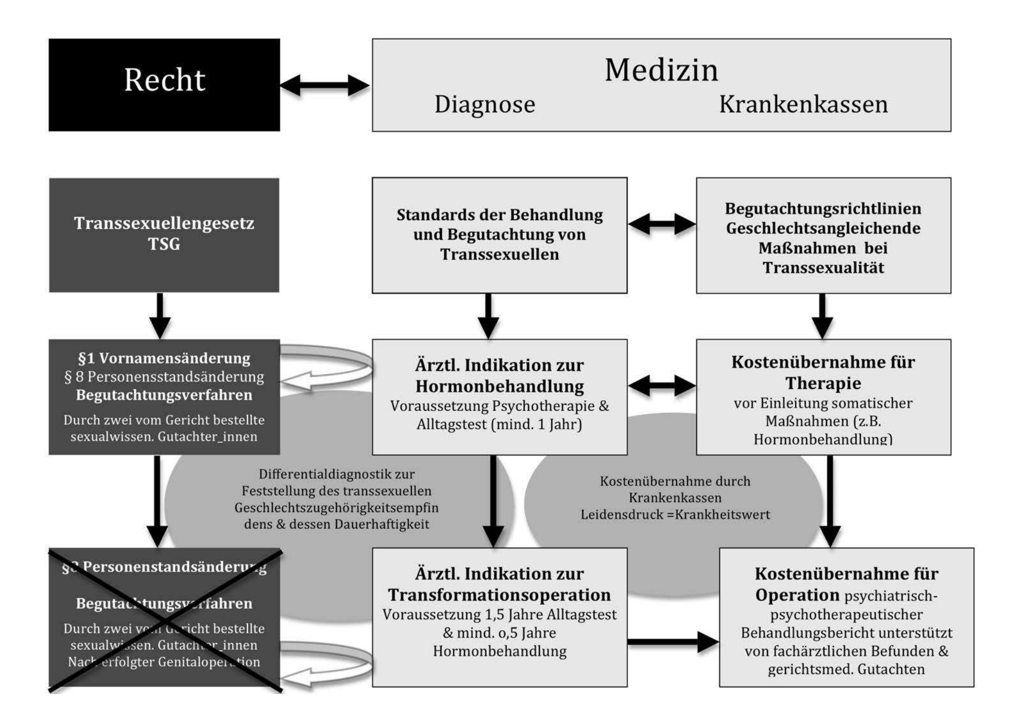



*Abb. 1: Trans* im Verhandlungsraum zwischen Recht und Medizin. Quelle: [12, S. 18].*
*Links im dunkel hinterlegten Bereich sind die juristischen Abläufe, rechts im hell hinterlegten Bereich die Abläufe im psychomedizinischen Behandlungsprogramm und bei der Regelung über die Kostenträger dargestellt. Die Zugangsvoraussetzungen zur Personenstandsänderung nach § 8 TSG wurden durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 11.01.2011 aufgehoben und entsprechen nun denen der Vornamensänderung nach § 1 TSG (1 BVR 3295/07), deshalb sind sie abweichend hier durchgestrichen.*

regeln den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsweg, den Prozess der Diagnostik und die Fristen bis zur Indikationsstellung einer Behandlung mit gegengeschlechtlichen Maßnahmen. Unter anderem verlangen sie den sogenannten »Alltagstest«, der Trans*-Menschen abfordert, eine bestimmte Zeit lang in der angestrebten Geschlechtsrolle gelebt zu haben, bevor eine Indikationsstellung zu erwarten ist. Die Diagnose muss nach den Kriterien der ICD in der 10. Version erarbeitet werden. In den zentralen diagnostischen Kriterien der ICD-10 für F64.0 (Transsexualismus) finden sich neben einem »Positivkriterium (1), ein Negativkriterium (2) und ein Behandlungskriterium (3)« [9, S. 21]:

- der Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben (1)
- das Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht (2)
- der Wunsch nach endokrinologischer und chirurgischer Behandlung (3)

In der ICD-10 spiegelt sich die Vorstellung einer Zweigeschlechtlichkeit des Menschen, die nicht mehr Stand des Wissens ist. Die diagnostischen Kriterien geben den Untersucher_innen vor, welche Symptome sie zu erheben haben und öffnen keinen Raum für individuelle Selbstbestimmung im diagnostischen Prozess.

2009 verfasste der medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) eine verbindlich formulierte »Be-

gutachtungsanleitung Transsexualität«, die – in Anlehnung an die Deutschen Standards von 1997 – unflexibel und geschlechtlich binärstandardisiert ist [14]. Behandelnde Ärzt_innen wurden damit in ihrer Möglichkeit stark eingeschränkt, individuelle und eigenverantwortliche Behandlungswege und -inhalte zu gestalten [14]. Die Standardisierung ärztlicher Behandlungsfreiheit führte zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung von Trans* [15, 16]. Nicht reflektiert sind außerdem die subjektiven Wahrnehmungsverzerrungen des_der Untersucher_in im diagnostischen Prozess – eine Einflussgröße, die in ihrer Bedeutung für die Gesundheit von Trans*-Menschen unterschätzt wird und Beachtung finden sollte [2].

Die Behandlungsstandards des MDS legen eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als Voraussetzung für somatische, geschlechtsangleichende Maßnahmen fest. In dieser Behandlungsperiode sollen die psychiatrische Diagnose F 64.0 (nach ICD-10) erarbeitet, gleichzeitig sogenannte »komorbide«, das heißt »weitere« psychische Störungen erfasst und psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden. Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen, ob nun für die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen oder für einzelne operative Eingriffe (s. u.) werden nur dann genehmigt, wenn sowohl ein_e Facharzt_ärztin als auch ein_e Arzt_Ärztin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) die Indikation bestätigen.[5] Erfahrungen aus dem praktischen Alltag zeigen, dass die prüfenden Ärzt_innen des MDK oft über keine entsprechende, psychiatrische Fachexpertise verfügen.

Da die MDS-Richtlinien streng die Chronologie der somatischen Behandlungsmaßnahmen regeln, ist zum Beispiel Trans*-Männern, die vielleicht aufgrund ihres perfekten Passings[6] keine hormonelle Behandlung für sich wollen, eine Mastektomie[7] versperrt. Diese Trans*-Männer werden durch die formellen Auflagen des MDK dazu gedrängt, zunächst eine Hormonbehandlung durchzuführen, bevor die Kostenübernahme für die Mastektomie genehmigt wird.

Lebensqualität und Gesundheit sind daran gebunden, ob eine Teilnahme an den sozialen Räumen einer Gesellschaft konflikt- und diskriminierungsfrei möglich ist. Der zur geschlechtlichen Identität subjektiv passende Vorname und Personenstand sind eine wichtige Voraussetzung, um gleichberechtigt an diesen Räumen teilnehmen zu können. Deshalb hat das Transsexuellengesetz (TSG), das die Änderung der Vornamen und des Personenstandes regelt, eine hohe Bedeutung für die Gesundheit von Trans*-Menschen. Auch dieses Gesetz, in Kraft seit 1981, basiert auf veraltetem, psychiatrischem »Wissen« über Zweigeschlechtlichkeit aus den 1970er Jahren. TSG-Verfahren sind zudem zeit- und kostenaufwendig, insbesondere dadurch, dass zwei unabhängig erstellte Sachverständigengutachten, die den Gerichten als Entscheidungsstützen dienen, unter anderem das Vorliegen einer »transsexuellen Prägung« (meist interpretiert als klinische Diagnose »Geschlechtsidentitätsstörung«) attestieren müssen [3, 17]. Laut Gunter Schmidt handelt es sich bei den TSG-Begutachtungen »um eine aus forensisch-psychiatrischer Sicht einmalige Vorschrift, die in keinem anderen Rechtsgebiet in dieser Form niedergelegt ist. Nachvollziehbare Gründe für diese besondere Regelung erschließen sich nicht« [18, S. 183]. Bernd Meyenburg et al. kamen 2015 nach der Auswertung von 670 TSG-Gutachten zu dem Schluss, dass kaum

**5** Seit dem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 06.08.1987 (Az. 3 RK 15/86) ist geklärt, dass die Krankenkassen […] für geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität leistungspflichtig sind.

**6** »Passing« kommt aus dem US-Amerikanischen und bedeutet als das Identitätsgeschlecht »durchzugehen«, das heißt im empfundenen Geschlecht für Andere erkennbar zu sein.

**7** Eine Mastektomie ist eine operative Angleichung an eine männlich flache Brust, bei der in der Regel das Brustdrüsengewebe entfernt wird.

ein Gutachten (1%) negativ ausfiel, was die Begutachtungspraxis »überflüssig« mache [19].

### *Trans*-Diskriminierungserfahrungen in Behandlungs- und Begutachtungspraxis*

Ärztliche Diagnostik, TSG und MDK Gutachten bedingen eine dreifache Durchleuchtung der Identität und Biografie, was eine vermeidbare Belastung im Sinne »krankheitsfördernder Wirkfaktoren« [3, S. 162] für Trans*-Männer mit juristischem und körperlichem Transitionswunsch darstellt. Erfahrungsberichte von Trans*-Männern (und -Frauen) beschreiben die Weigerung der Gutachter_innen, sie mit den Pronomen und Namen der empfundenen Geschlechtsidentität anzusprechen. Gutachtentexte werden häufig im Wortlaut des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts verfasst. Es ist ein Widerspruch, dass sich Trans*-Männlichkeiten gemäß den diagnostischen Forderungen des sogenannten Alltagstestes[8] in *allen* Kontakten als Mann ansprechen lassen sollen – und dann ausgerechnet der institutionalisierte medizinische Kontext diese Anerkennung ihrer Identität verweigert.

Dabei besteht ein fatales Abhängigkeitsverhältnis der Trans*-Männer zu den jeweiligen Begutachter_innen. Es resultieren Befangenheit und Ängste bei Trans*-Männern, negativ beurteilt zu werden. Nicht selten nehmen Trans*-Männer aus Sorge vor negativer Begutachtung sogar körperlich-gynäkologische Untersuchungen hin, die für die Beurteilung ohne Aussagekraft sind und als Übergriff empfunden werden. Oder sie akzeptieren, dass einer Begleitperson das Beiwohnen des Begutachtungstermins verweigert wird. Die MDKs verlangen Auflistungen von Vor-Diagnosen, Kranken- oder Rehabilitationsaufenthalten mit fragwürdigem Verwendungszeck. Es kommen standardisierte psychiatrische Fragenkataloge zum Einsatz, die unter anderem intime Details abprüfen, die von Paraphilien, über Gewaltfantasien bis in den Sexualitätsbereich reichen.

Diagnosen von non-konformen Geschlechtlichkeiten werden im Rahmen von zweigeschlechtlich orientierten Vorstellungen gestellt. Fragen an Trans*-Männer wie: »Haben Sie sich in der Kindheit viel geprügelt?« oder »Haben Sie mit Puppen gespielt?« sind Zeugnis einer Banalisierung der Komplexität von Geschlecht, bei gleichzeitig fehlendem Grundlagenwissen über die Variationsvielfalt von Geschlecht.[9] Nach persönlichen Berichten scheinen begutachtende Institutionen und Ärzt_innen kaum ein Gefühl dafür zu haben, dass es sich bei Geschlecht um einen sensiblen Intimbereich handelt, dem würde- und rücksichtsvoll zu begegnen ist. Auch auf frühere, traumatisierende Erfahrungen in Bezug auf Geschlechtlichkeit, sollte in Form eines angemessen zurückhaltenden Kontakts Rücksicht genommen werden [11]. Die betreffenden Trans*(-Männer) fragen sich, warum diese diagnostischen Gespräche selbst im bestehenden »Psychopathologisierungssystem« im Rahmen von Begutachtungen überhaupt durchgeführt werden. Solch persönliche Themen sind besser aufgehoben in (Peer-)Beratungen oder bei Arzt_Ärztinnen bzw. Therapeut_innen des Vertrauens, anstatt in einer abhängigen Beziehung zu (nicht selbst gewählten) Gutachter_innen.

Unabhängig von der diagnostischen Psychotherapie ist der Bedarf an *freiwilliger* therapeutischer Unterstützung groß. Dieser kann nicht

8 »Alltagstest« beschreibt das zur psychiatrischen Diagnostik zwingend erforderliche Leben in der Geschlechtsrolle des Identitätsgeschlechtes für mindestens ein Jahr (für die Hormonindikation) bzw. eineinhalb Jahre (für die Indikation geschlechtsangleichender Maßnahmen) – auch im Beruf und vor der medizinischen Unterstützung, die ein besseres Passing ermöglichen würde.

9 Wir haben uns entschieden, die besondere und besonders vulnerable Situation von Trans*-Kindern und -Jugendlichen im Rahmen dieses Artikels nicht zu beleuchten, da wir den Spezifika in der Kürze und Vermengung mit Erwachsenengesundheit nicht gerecht werden würden. Für sie gelten gesonderte Behandlungsstandards mit verschärften Therapie- und diagnostischen Anforderungen.

nur den Weg in die »neue« Geschlechtsrolle und post-transitionäre Entwicklungen stützen, sondern auch für Trans* ohne körperlichen Transitionswunsch aufgrund von Diskriminierungsdruck, -erfahrungen und -ängsten hilfreich sein [20]. Abgesehen von Fragen der Kostenübernahme gibt es für trans*-spezifische Fragen allerdings keine flächendeckende Gesundheitsversorgung. Es fehlt schlicht an trans*-erfahrenen (psycho-)therapeutischen und anderen Spezialist_innen, und an Beratungsangeboten mit trans*-positiven therapeutischen Konzepten, die Trans* nicht als Abweichung von einer (erwünschten) Norm, sondern als einen gleichwertigen Ausdruck geschlechtlicher Vielfalt betrachten.

Erik Meyer schlägt als andere Form des Umgangs eine *freiwillige, trans*-affirmative* Begleitung vor, die an die Grundsätze der Parteilichkeit und des »Empowerments« und damit an langjährige praktische Erfahrungen und emanzipatorische Beratungsansätze des Gay Counseling anschließt. Im US-Kontext entwickelt, wird trans*-affirmative Beratung seit 15 Jahren von Professionen im Gesundheitsbereich praktiziert [21]. In Deutschland ist sie als offizielles Arbeitskonzept bisher vorwiegend auf die Peer-Beratung beschränkt. In Meyers Verständnis enthält Trans*-Affirmativität Elemente der queer-feministischen Beratung und erscheint für Trans*-Menschen »geeignet«, da das »konstruktivistische Verständnis in Verbindung mit gender- und queer-theoretischem Wissen hilft, die vielfältigen Identitäten und Lebensweisen der Klient_innen zu würdigen« [22, S. 83] – einschließlich der Vielfalt im trans*-männlichen Bereich. Diese Ansicht wird von Mari Günther gestützt, die ein queeres Beratungsverständnis hilfreich für den respektvollen Umgang mit den individuellen Bedürfnissen der Trans*-Klient_innen aufzeigt [23]. Daraus leitet sich für Therapeut_innen die Handlungsempfehlung ab, mit einer trans*-affirmativen Grundhaltung, humanistisch-klientenzentriert in ein freiwilliges, anliegenorientiertes Gespräch zu finden und – wie Vera Fritz ergänzt – gleichzeitig ihre eigene Rolle und Geschlechtsidentität zu reflektieren [24]. Die wichtige, stützende, systemisch-therapeutische Arbeit mit dem sozialen Umfeld von Trans* (Familie, Partner_innen, Freund_innen) findet ebenfalls schwerpunktmäßig in der Peer-Beratung statt.

### *Somatische Gesundheit*

Die (benötigten) Unterlagen bei MDK Untersuchungen und zur Indikationsstellung unterscheiden sich regional. Es gibt keine verlässlichen Qualitätsstandards für die Durchführung operativer, geschlechtsangleichender Eingriffe. Trotzdem ist die Abfolge der empfohlenen Behandlungswege für Trans*(-Frauen und -Männer) vom MDS standardisiert worden [15, 25].

Für Trans*-Männer mit körperlichem Transitionswunsch existieren als operative Maßnahmen Mastektomien, Hysterektomien[10], Adnektomien[11] und verschiedene genitalangleichende Eingriffe, die in unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch genommen werden. Als genitalangleichende Möglichkeit gibt es für Trans*-Männer die Metaidoioplastik, bei der zunächst die in der Regel nach Behandlung mit Androgenen vergrößerte Klitoris chirurgisch mobilisiert und nach oben verlagert wird. Im weiteren Schritt wird die Harnröhre bis in die Klitorisspitze verlegt, sodass Wasserlassen im Stehen möglich ist. Zum Aufbau eines Neophallus wird plastisch chirurgisch aus einem Hautlappen ein Phallus plus Harnröhre gebildet und gegebenenfalls mit einem sogenannten Versteifungsimplantat versehen. Dieser Eingriff ist aufwendig und birgt verschiedene Komplikationen, im schlimmsten Falle ein Absterben des Phallus, was für die Betroffenen eine hohe Belastung darstellt. In den letzten Jahren werden selbstklebende Penis-Hoden Epithesen[12] als Alternative zur Operation im Genitalbereich für Trans*-Männer angeboten, mit denen sich

**10** Eine Hysterektomie ist die operative Entfernung der Gebärmutter.

**11** Eine Adnektomie ist die ein- oder beidseitige operative Entfernung von Eileiter und Eierstöcken.

**12** Eine Epithese gleicht fehlende Körperglieder mittels körperfremden Material (Silikon, Glas, etc.) aus.

manche Trans*-Männer als operationssparende Möglichkeit gut arrangieren können. Die Übernahme der Kosten für diese Epithesen werden – nach Erfahrungsberichten –vom MDK oft verweigert, obwohl die MDS-Richtlinien herausstreichen, dass »sich eine Penis-Hoden-Epithese entlastend auf das Leben in der männlichen Geschlechtsrolle hinsichtlich der in bestimmten Situationen auftretenden psychischen Irritationen auswirken kann« [14, S. 15].

Wenn Trans*-Männer vor der Frage nach den geeigneten operativen Methoden und der Wahl darin erfahrener Operateur_innen stehen, sehen sie sich selten kompetenten (haus-)ärztlichen Beratungsangeboten gegenüber. Detaillierte fachliche Aufklärung, Beratung, Operationsvorbereitung und die gezielte Überweisung an geeignete Operateur_innen sowie die interdisziplinäre Nachsorge in Kooperation mit ihnen sollte klar Aufgabe einer_s informierten Erstbehandler_in sein. In Ermangelung einer informierten ärztlichen Aufklärung weichen Trans*-Männer oft auf die Peer-Netzwerkstrukturen der Trans*-Community und ihre Beratungsangebote aus, um sich über die Qualität von Operationsergebnissen und den trans*-sensiblen Umgang von Operateur_innen und Kliniken zu informieren.

Obwohl mittlerweile die laparoskopische Hysterektomie[13] in Kombination mit Mastektomie die von Trans*-Männern meist gewählten geschlechtsanpassenden Methoden sind, steht die grundsätzliche Notwendigkeit der Hysterektomie infrage. Zum einen hatte das Bundesverfassungsgericht 2011 (BvR 3295/07) die zwingende Anforderung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen und Sterilität für eine Personenstandsänderung als menschenrechtswidrig mit sofortiger Wirkung außer Kraft gesetzt. Eine Personenstandsänderung ist also auch unter Erhaltung der Reproduktionsorgane möglich. Zum anderen zeigen aktuelle Studien, dass das Risiko, unter Behandlung mit Androgenen an Gebärmutterkrebs zu erkranken, sehr viel geringer (bis nicht auffällig) zu sein scheint als langjährig angenommen [26]. Unter diesen Voraussetzungen kann Trans*-Männern, sofern sie das wünschen, die Möglichkeit erhalten bleiben, eigene Kinder zu gebären. Die Reproduktionsmedizin und das Rechtssystem beginnen gerade erst, sich mit der Reproduktion bei Trans*-Menschen zu beschäftigen. Ebenso ist es Forschungsthema, ob Trans*-Männer unter Testosterontherapie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Hyperlipidämien[14] und Polyglobulien[15], also für Herz-Kreislauferkrankungen, haben.

Die Zufriedenheit mit transitionsbezogenen Behandlungen ist in Deutschland bisher nur von denjenigen klinischen Expert_innen im Rahmen von Patient_innenbefragungen untersucht worden, die die Behandlungen selbst durchgeführt haben [27]. Das Potenzial für Antwortbias, eine Verzerrung der Antworten aufgrund sozialer Erwünschtheit oder Abhängigkeit, ist in diesem Setting enorm. Hinzu treten Probleme mit der Vergleichbarkeit der Studien: Welche Art der Zufriedenheit (Geschlechterrolle, Passing, psycho-sexuelle Gesundheit) wurde erhoben? Welche Art von genital- und/oder körperangleichenden Operationen war vorausgegangen (welche Techniken, welche Maßnahmen)?

Es mangelt allgemein an einer unabhängigen Meta-Studie zum gesundheitlichen Befinden und den (Behandlungs-)Wünschen von Trans* in Deutschland.[16] Es gibt speziell

**13** Eine laparoskopische Hysterektomie entfernt die Gebärmutter minimalinvasiv im Rahmen einer Bauchspiegelung.

**14** Eine Hyperlipidämie bezeichnet eine erhöhte Konzentration der Blutfette.

**15** Eine Polyglobulie ist eine Erhöhung der Erythrozyten oder der Hämoglobinkonzentration im Blut.

**16** 2013 hat sich die erste deutsche trans*-emanzipative und partizipative Arbeitsgruppe zum Thema »Trans*-Gesundheit« gegründet, die aus Vertreter_innen der Trans*-Community, Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich und der Überschneidung beider Bereiche besteht. Sie arbeitet und trifft sich ehrenamtlich, um Forschungsprojekte zu entwickeln, die aus der Community kommen und ihr nützen (der Kontakt kann bei den Autor_innen erfragt werden).

zu Trans*-Männern keine quantitative deutsche Gesundheitsstudie. In einer US-Umfrage (www. ustranssurvey.org) wurden 446 Trans*-Männer (»female-to-male«) zu ihrer Lebensqualität, insbesondere zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Davon waren 68% mit Testosteron behandelt, 37% hatten eine Mastektomie durchführen lassen. Diese beiden Gruppen berichteten von signifikant höherer Zufriedenheit als solche mit »nur« Psychotherapie. Es gilt hieraus keine voreiligen Schlüsse zu ziehen, insbesondere nicht zu den Gründen der Zufriedenheit (ob als Erleichterung durch Normanpassung im Zweigeschlechtersystem oder als das glückliche Erleben in einem äußerlich wahrnehmbaren männlichen Geschlechtskörper). Dennoch steht diese Studie in einer Reihe anderer Untersuchungen, die die hohen Zufriedenheitsraten mit Gesundheit und Lebensqualität in der Post-Transition bestätigen.

## Nicht-transitionsbezogene Gesundheit

Psychische Leiden von Trans*-Männern, zum Beispiel nach Gewalterfahrungen und Traumatisierungen, werden laut deren Erfahrungsberichten von medizinischem Fachpersonal oft reduziert auf den Transitionsprozess bzw. Transitionswunsch oder auf das Leiden, nicht geschlechtlich »konform« zu sein. Ein Verständnis dafür, dass Trans*-Männer unabhängig von ihrem Trans*-Sein an psychischen Belastungen leiden, besteht oft nicht. Eine »Geschlechtsidentitätsstörung« als Diagnose dient oft als monokausales Erklärungsmuster für andere auftretende gesundheitliche Schwierigkeiten. Auf der anderen Seite kann es vorkommen, dass aufgrund von reaktiven psychischen und/oder physischen Diagnosen die medizinische Transition verweigert wird. Das schließt zum Beispiel Trans* mit Behinderungen, Adipositas oder psychiatrisch klassifizierten Krankheiten von einer körperlichen Transition oft aus – obwohl vielleicht gerade das Nicht-Beschreiten-Können dieses Trans*-Weges Auslöser für ihr Leiden ist.

Besonders die psycho-soziale Gesundheit von Trans* hat abseits der vom MDS geforderten »diagnostischen Psychotherapien« Aufmerksamkeit verdient. Der Bedarf an freiwilligen Therapien ist nach einer mit vielen Belastungen verbundenen körperlichen und sozialen Transition häufig hoch. Viele Trans* sehen sich vor neuen Lebensabschnitten (Partnerschaft, Kinderwunsch, Alter, berufliche Veränderungen) und vor neuen (trans*-spezifischen oder unspezifischen) Herausforderungen. Trans*-Männer können zum Beispiel darunter leiden, in ihrem Umfeld in »hypermännliche« Rollen gedrängt zu werden und Erwartungen entsprechen zu müssen, die ihrer ehemals weiblichen Sozialisation unbekannt sind und/oder ihrem Charakter nicht entsprechen. Oder sie können als Mann körperliche Gewalterfahrungen mit anderen Männern machen, die sie prä-transitionär nicht kannten und einschätzen gelernt hatten. Besonders besorgniserregend sind die sehr hohen Suizidversuchsraten von Trans* (je nach Studie zwischen 20–30%) [12]. Als Grund für die hohe Suizidalität werden neben dem Leiden am Zweigeschlechtersystem oft die starke Gewaltgefährdung bzw. überdurchschnittlichen Gewalterfahrungen genannt. US-amerikanische Beiträge sprechen von konsistent stark erhöhten Raten psychischer und physischer Gewalt gegen Trans* im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung. Solche Studien zeigen, dass 43–60% der Trans*-Befragten physische und 43–46% sexuelle Gewalt erfahren haben. In einer trans*-männlich spezifischen Auswertung der Virginia Transgender Health Initiative Survey kommen die Verfasser_innen zu dem Schluss, dass Trans*-Männer auf Gewalt- und sexualisierte Gewalterfahrungen überdurchschnittlich mit Alkoholmissbrauch und Suizidalität reagieren [5]. Rylan Testa et al. befinden in einer weiteren quantitativen Studie, dass vorherige Sensibilisierung und Interaktion mit anderen Trans* zu weniger Ängstlichkeit, verminderter Suizidalität und höherer persönlicher Zufriedenheit führen, was die

Bedeutung einer Trans*-Community als wichtigen Faktor in einer trans*-positiven Gesundheitsversorgung unterstreicht [28]. Vereinzelt gibt es Studien, die spezifisch in Trans*-Männer/-Frauen sowie zwischen prä- und post-Transition unterscheiden. In diesen Studien sinken Suizidgedanken und -versuchsraten post-transitional bei allen Trans*, für Trans*-Männer jedoch am stärksten – vermutlich aufgrund des höheren Passingerfolgs im Vergleich zu Trans*-Frauen.

Somatisch lassen sich viele unbearbeitete Themen ansprechen, die Trans*-Männlichkeiten den Alltag und das gesunde, gelingende Leben im empfundenen Geschlecht erschweren. Die (haus-)ärztliche Versorgung von Trans*-Männern ist nicht immer trans*-sensibel und regional sehr unterschiedlich. Besonders in ländlichen Gegenden gibt es Schwierigkeiten, trans*-erfahrene Spezialist_innen wie zum Beispiel Therapeut_innen, Endokrinolog_innen etc. zu finden. Zweierlei problembehaftet sind Besuche bei Gynäkolog_innen, bspw. zur Krebsvorsorge. Einerseits fühlen sich viele Trans*-Männer in einer Frauenarztpraxis nicht passend adressiert, andererseits haben nur sehr wenig Ärzt_innen aller Fachrichtungen die notwendigen Fachkenntnisse. Trans*-Männer mit Kinderwunsch haben Angst vor Diskriminierung durch medizinisches Fachpersonal bei Geburt und Geburtsvorbereitung. Kassenrechtlich tritt das Problem hinzu, dass frauenspezifische Untersuchungen und Leistungen nicht für personenstandsrechtlich männliche Inanspruchnehmende abzurechnen sind.

Das weite Feld der sexuellen Gesundheit reicht von Verhandlungsmacht in Partnerschaften, über HIV/AIDS-Prävention, die immer noch nicht trans*-inklusiv aufgestellt ist, bis hin zu einer Sexualität (mit z. T. männlichem Neo-Genital), die nicht der Zwei-Geschlechter-Norm entspricht. Trans*-Körperlichkeiten und soziale Determinanten von Gesundheit werden weder in Präventionsstrategien, Kampagnen, Aufklärungsbroschüren noch in der medizinischen oder Berater_innen-Ausbildung mitgedacht. So können zum Beispiel Trans*-Männer, die eine_n Partner_in gefunden haben, die_der sexuell an ihnen interessiert ist, aus Angst vor Stigmatisierung und mangelndem Selbstwertgefühl aufgrund von normabweichenden Körperlichkeiten, Hemmungen haben, Safer-Sex zu verhandeln. Eine derart verminderte Gesundheitskompetenz erhöht das HIV-Risiko auch bei Trans*-Männlichkeiten. Aufgrund ihrer Diskriminierungserfahrungen im trans*-diagnostischen Prozess vermeiden es zudem viele Trans*, überhaupt ärztliche Hilfe oder Präventionsangebote aufzusuchen. Nicht zuletzt kursiert die Angst, im Alter, bei Pflegebedürftigkeit oder im Rahmen notfallmedizinischer Ereignisse in die Hände von inkompetentem, trans*-negativ eingestellten Pflege- bzw. Gesundheitspersonal zu gelangen.

## Abschließende Empfehlungen

Wenden wir uns abschließend der Frage zu, warum in Deutschland – trotz diverser (europa-)politischer Interventionen [29, 30] – bisher keine wirkungsvollen Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit von Trans* angestoßen wurden?[17] Drei Faktoren spielen dabei eine wesentliche Rolle:

1. Bisher wurden die Zahlen von Trans* besonders in klinischen Studien bei einer anzunehmenden hohen Dunkelziffer unterschätzt. Die Gruppe ist diverser und größer als gedacht: Laut einer belgischen, repräsentativen Studie [31, S. 15] bezeichnen zwischen 1,9% und 4,6% der Bevölkerung ihre Geschlechtsidentität als »am-

**17** Eine der wenigen Ausnahmen bildet das Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE). In den letzten Jahren ist dort die Forschungsarbeit zur Trans*-Gesundheitsversorgung erheblich intensiviert worden. Das UKE verfolgt moderne Aspekte der Trans*-Gesundheitsversorgung im internationalen Austausch und ist aktiv an der Verbesserung von Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem in Deutschland beteiligt.

bivalent« und 0,6% bis 1,1% würden sich irgendwie als Trans* einordnen (erfragt als »inkongruent«).
2. Trans* selbst waren bisher ausgeschlossen von der Mitbestimmung über gesundheitliche Systeme und Regelungen.
3. Es herrscht ein Mangel an politischer Aufmerksamkeit für das Thema.[18]

Ein Blick nach Nordamerika ist erhellend: Die WPATH hatte schon 2002 ein »Trans Care«-Projekt angestoßen, in dem Leitlinien guter Praktiken in der Trans*-Gesundheitsversorgung partizipativ erstellt wurden. Diese befassen sich mit der klinischen Ausbildung, der hausärztlichen und psychologischen Gesundheitsversorgung, Hormontherapie, geschlechtsangleichenden Operationen, Sprache und Stimme, sozialmedizinischen Advocacy und Aufklärungsmaterialien. Diese »Trans Care«-Leitlinien gehen über die »WPATH Standards of Care 7« hinaus und adressieren das weitere Feld der physischen, sozio-ökonomischen, geistigen und spirituellen Gesundheit für eine Diversität von Trans*.

In den USA werden regionale Versorgungslücken durch »Web-Based Transgender Care« geschlossen. Es wäre eine zu diskutierende Variante, ob »Fern-Beratungen« auch im deutschen System umsetzbar sind, und wie die medizinische Ausbildung auf web-basierte Beratungsmethoden vorbereitet werden könnte (inkl. Lizensierungs- und Auslieferungsfragen, synchrone und asynchrone E-Mail, Text-Chats, Video-Chats, Voice-Over-IP etc.). Ziel muss es sein, von der (nicht immer gewährleisteten bzw. nicht trans*-affirmativen) Vor-Ort-Therapie unabhängig zu sein und eine bestmögliche Beratung von ausgebildeten Spezialist_innen für die vielen Spezialfragen im Transitionsprozess sicher zu stellen. In den USA und Kanada existieren schon länger sogenannte »Community-led«, das heißt von Trans* und ihren Organisationen (durch-)geführte Gesundheitsprojekte und -forschung wie beispielsweise »Trans PULSE« (transpulsproject.ca), was für den deutschen Rahmen ebenfalls nachahmenswert wäre.

Nicht zuletzt muss der politische Raum neben dem Bereich der Versorger_innen reagieren und Foren schaffen, in denen Trans* und ihre Interessensvertretungen mit den relevanten Akteur_innen im medizinischen und (kassen-)rechtlichen Bereich in ein Gespräch auf Augenhöhe über dringliche Reformen kommen können. Im Augenblick überarbeiten Norwegen, Schweden und Finnland ihre Vorschriften der gesetzlichen Anerkennung von Geschlechtsidentität hin zur Anerkennung geschlechtlicher Selbstbestimmung, um den europäischen Beispielen von Dänemark, Malta und Irland sowie dem weltweiten Vorreiter Argentinien zu folgen [32, S. 14–15]. Diese Länder verlangen keine psychiatrischen Diagnosen oder zwingende therapeutische Maßnahmen mehr für die rechtliche Geschlechtsangleichung. Für Deutschland hat die Expert_innen-Kommission Geschlecht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes eine zu den vorgenannten Ländern vergleichbare Regelungen gefordert [33, S. 25–26], die als Reform des Transsexuellenrechtes und bei den medizinischen Behandlungsstandards umgesetzt werden muss.

**18** Bisher gibt es beispielsweise keine offizielle Ansprechperson beim Bundesgesundheitsministerium für die Belange von Trans*. Rechtliche Verbesserungen gab es durch die Einführung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes und erste Aufmerksamkeit durch die Antidiskriminierungsstelle des Bundes [13].

## Literatur

1 Sauer AT (Hrsg.). Geschlechtliche Vielfalt – Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2015.
2 Güldenring A. Zur Rolle der Medizin und aktuellen Trans*-Transgesundheitsversorgung in Deutschland. In: Sauer AT (Hrsg.), Geschlechtliche Vielfalt – Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zu-

gänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2015:31–40.
3 Güldenring A. Eine andere Sicht über Trans*. In: Rauchfleisch U (Hrsg.), Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie–4., völlig überarb.Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2014:130–178.
4 Garcia Nuñez D, Burgermeister N, Sandon P, Schönbucher V, Jenewein J. Prospektive und dysfunktionale Internalisierungsprozesse an der Geschlechtergrenze. In: Driemeyer W, Gedrose B, Hoyer A, Rustige L (Hrsg.), Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2015:217–232.
5 Goldblum P, Testa RJ, Pflum S, Hendricks ML, Bradford J, Bongar B. The Relationship Between Gender-Based Victimization and Suicide Attempts in Transgender People. Professional Psychology: Research and Practice. 2012;43:468–475.
6 Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. Journal of Health and Social Behavior. 1995;36:38–56.
7 Rylan TJ, Hendricks ML. Suicide Risk Among Transgender and Gender-Nonconforming Youth. In: Goldblum P, Espelage DL, Chu J, Bongar B (Hrsg.), Youth Suicide and Bullying. Challanges and Strategies for Prevention and Intervention. Oxford: Oxford University Press; 2015:121–133.
8 Güldenring A. Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. PID. 2009;10:25–31.
9 Nieder TO, Cerwenka S, Richter-Appelt H. Nationale und internationale Ansätze der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Transsexualität oder Geschlechtsdysphorie. In: Richter-Appelt H, Nieder TO (Hrsg.), Transgender Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health. Gießen: Psychosozial Verlag; 2014:19–46.
10 The World Professional Association for Transgender Health/Weltverband für Transgender Gesundheit. Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. World Professional Association for Transgender Health (WPATH); 2012.
11 World Medical Association (WMA). WMA Statement on Transgender People. Moskau: World Medical Association; 2015.
12 Franzen J, Sauer A. Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2010.
13 Becker S, Bosinski HAG, Clement U et al. Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Psychotherapeut. 1997;42:256–262.
14 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Grundlagen der Begutachtung. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS); 2009.
15 Hamm J, Sauer A. Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. Zeitschrift für Sexualforschung. 2014;27:4–30.
16 Sauer A, Güldenring A, Tuider E. Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In: Petra Kolip, Klaus Hurrelmann (Hrsg.), Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: hogrefe; 2015:420–432.
17 Güldenring A. Zur »Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität« im Rahmen des Transsexuellengesetzes. Zeitschrift für Sexualforschung. 2013;26:160–174.
18 Schmidt G. Viel Aufwand und wenig Effekt. Anmerkungen zum Transsexuellengesetz. Zeitschrift für Sexualforschung. 2013;26:175–177.
19 Meyenburg B, Renter-Schmidt K, Schmidt G. Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005–2014. Zeitschrift für Sexualforschung. 2015;28:107–120.
20 Sauer A, Hamm J. Selbstbestimmung von und neue Sichtweisen auf Trans* – wer hat Angst vorm Perspektivenwechsel? FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung. 2015;1:22–26.
21 Carroll L, Gilroy PJ, Ryan J. Counseling Transgender, Transsexual and Gender-Variant Clients. Journal of Counseling & Development. 2002;80:131–139.
22 Meyer E. Trans*affirmative Beratung. psychosozial. 2015;38:71–86.
23 Günther M. Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans*Menschen. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. 2015;47:113–124.
24 Fritz V. Infrage gestellt. Dekonstruktive Aspekte psychosozialer Beratung und Therapie von Menschen mit einer Trans*identitätsthematik. Gestalttherapie. 2013;27:135–147.
25 Cerwenka S, Nieder TO. Transgender. FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung. 2015;1:17–21.
26 Wierckx; K; Elaut, K; Elaut, Elaut E et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case–control study. European Journal of Endocrinology. 2013;169:471–478.
27 Hess J, Rossi Neto R, Panic L, Rübben H, Senf W. Zufriedenheit mit der Mann-zu-Fraugeschlechts-

angleichenden Operation. Deutsches Ärzteblatt. 2014;111:795–801.
28 Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. 2014:1–13.
29 Council of Europe. Discrimination against transgender people in Europe (Resolution 2048 (2015)). Strasbourg: Council of Europe; 2015.
30 Europarat Hammarberg T. CommDH/IssuePaper(2009)2. Human Rights and Gender Identity.Issue Paper by Thomas Hammarberg, Council of Europe Commissioner for Human Rights. : Europarat; 2009.
31 European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Being Trans in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
32 Council of Europe. Protecting Human Rights of Transgender Persons. Strasbourg: Council of Europe; 2015.
33 Antidiskriminierungsstelle des Bundes; Allmendinger J. Gleiche Rechte – gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2015.

Weitere Literatur kann bei den Verfasser_innen des Beitrages abgefragt werden.

# 3.5 Herausforderungen der Gesundheitsversorgung bei Intergeschlechtlichkeit

*Katinka Schweizer*

**Zusammenfassung**
Dieser Beitrag befasst sich mit Herausforderungen für die erlebte Männlichkeit und mit Problemen der Gesundheitsversorgung von Menschen mit angeborenen Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale (bzw. Intergeschlechtlichkeit/Intersexualität/diverse sex development) insbesondere in Hinblick auf die fehlende Vorhersagbarkeit und Ungewissheit der Entwicklung der Geschlechtsidentität im Erwachsenenalter, wie sie bei den meisten Intersex-Formen bestehen.

Als grundlegende Probleme werden die dichotome Sicht auf Geschlecht, das Paradigma der »Machbarkeit« in der Medizin und die Schwierigkeiten, mit Unsicherheit und Mehrdeutigkeit umzugehen, identifiziert. Funktionale Einschränkungen, die medizinische Behandlung brauchen, aber auch iatrogen, das heißt ärztlich verursachte Gesundheitsprobleme und -schäden werden benannt. Darüber hinaus wird ein großer Mangel an adäquater, diskriminierungsfreier Gesundheitsversorgung von Menschen mit Intersexualität dargestellt. Ein Fokus richtet sich auf Gesundheitsprobleme von Männern bzw. sich männlich erlebender Menschen mit Formen wie dem Adrenogenitalen Syndrom (AGS), Androgenbiosynthese-Störungen und dem Klinefelter Syndrom.

Diskutiert wird die lange in der Medizin übliche Vorgehensweise, bereits im Kindesalter aus uneindeutigen bzw. mehrdeutigen Geschlechtsmerkmalen »weiblich« erscheinende Anatomien »herzustellen«, natürliche Virilisierungsphänomene, das heißt körperliche »Vermännlichung« zu »korrigieren« bzw. zu »vermeiden« und damit die Aussicht auf eine männliche oder intergeschlechtliche Entwicklung zu verringern und sie demzufolge zu diskriminieren.

Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Intersexualität unter Beachtung politischer und juristischer Aspekte, wie die Rechte auf Selbstbestimmung, einen unversehrten Körper, medizinische Versorgung und eine offene Zukunft, schließen den Beitrag ab.

**Summary: Challenges of healthcare related to intersex**
This paper addresses challenges for the experience of maleness, resp. masculinity, as well as health and health care problems of individuals with diverse sex development, i. e. intersex conditions. The main emphasis will be on the lack of predictability concerning the development of gender identity in adulthood, as in most cases of diverse sex development (dsd), and the uncertainty that goes along with it.

Problems being revealed are the dichotomous view on gender, the medical paradigm of feasibility and the difficulties of dealing with uncertainty and ambiguity. Restrictions in functioning requiring medical care but also iatrogenic restrictions, i. e. medically caused health problems and harm, will be pointed out. In addition, a sizable lack of adequate health care that is free of discrimination for individuals with intersex/dsd will be described. A focus will be on the health problems of men resp. individuals experiencing themselves as male with different intersex conditions, e. g. congenital

adrenal hyperplasia (CAH), androgen biosynthesis defects and Klinefelter syndrome.

The formerly common medical approach of making female appearing anatomies out of ambiguous genitalia or sex characteristics already in early childhood will be discussed, as well as »correcting« or »preventing« natural virilisation, i.e. bodily masculinisation. Consequently, the suppression of a male or intersex development can be seen as a form of discrimination.

Finally, recommendations for how to deal with intersex conditions will be given, taking into account political and judicial aspects such as the rights to self-determination, an unharmed body, medical care and an open future.

---

## Erkenntnisstand und Literaturübersicht

Der Zusammenhang von erlebter Männlichkeit, Intergeschlechtlichkeit und Gesundheitsversorgung stellt einen herausfordernden Forschungsgegenstand dar. Zum einen ist die Frage, was unter erlebter Männlichkeit zu verstehen ist, schwierig und komplex, zum anderen handelt es sich auch bei Intersexualität, Intergeschlechtlichkeit bzw. Variationen der körperlichen Geschlechtsentwicklung um ein komplexes Themenfeld, das bestenfalls aus interdisziplinärer und partizipativer Perspektive untersucht werden sollte.

Intergeschlechtlichkeit ist ein weit gefasster Oberbegriff für angeborene Erscheinungsformen, bei denen die körperliche Geschlechtsentwicklung »untypisch« verläuft. In einer aktuellen Studie des Bundesfamilienministeriums wurden Erfahrungsexpert_innen und Eltern von Kindern mit einer Intersex-Form dazu befragt, zu welchen Themenfeldern dringender Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht. Dabei wurden »gesundheitliche Belange« von 80% der Befragten genannt, weitere häufige Nennungen waren die Themen »Anerkennung der körpergeschlechtlichen Entwicklung« und »Wege eines offenen Umgangs« [1].

### Variationen benennen und systematisieren

Zu den Variationen der körpergeschlechtlichen Merkmale und Entwicklung zählen zahlreiche, sehr unterschiedliche Erscheinungsformen wie zum Beispiel die verschiedenen Formen der Androgeninsensitivität (AIS) bzw. Androgenresistenz, bestimmte Störungen der Androgenbiosynthese, das sogenannte Adrenogenitale Syndrom (AGS), Gonadendysgenesien und chromosomale Mosaikformen, zu denen auch das Klinefelter Syndrom gehört.

Bereits die Terminologie stellt eine erste Herausforderung dar. Die besondere Schwierigkeit besteht darin, Begriffe zu finden und zu verwenden, die drei Kriterien erfüllen: Sie sollen erstens nicht stigmatisieren und pathologisieren, zweitens für eine Vielzahl von körperlichen Erscheinungsformen zutreffen und drittens gleichzeitig von unterschiedlichen Personengruppen akzeptiert, gerne benutzt und gehört werden und so Identifikation ermöglichen.

In der oben genannten Befragung für das Bundesfamilienministerium wählte die große Mehrheit der Teilnehmenden den Varianten-Begriff (»Varianten der körperlichen Geschlechtsentwicklung«) als bevorzugte Bezeichnung. Nur 2% der 630 Teilnehmenden bevorzugten den Begriff »Störungen der Geschlechtsentwicklung« (Disorders of Sex Development, DSD) [1].

In der zuvor veröffentlichten Stellungnahme der Bundesärztekammer [2] zur »Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)« wurde noch an dem Störungsbegriff festgehalten. Unter DSD werden »angeborene Variationen der genetischen, hormonalen, gonadalen und genitalen Anlagen eines Menschen mit der Folge verstanden, dass das Geschlecht einer

Person nicht mehr eindeutig den biologischen Kategorien ›männlich‹ oder ›weiblich‹ entspricht« [2]. Diese Definition orientiert sich an dem sogenannten Consensus Paper. Nach dem Konsens-Papier der Chicagoer Consensus Conference von 2005 werden unter dem Oberbegriff DSD angeborene Erscheinungsformen (»congenital conditions«) bezeichnet, bei denen eine *untypische* Entwicklung des chromosomalen, gonadalen oder genitalen Geschlechts stattgefunden hat, sodass die körperlichen Geschlechtsmerkmale nicht alle einem bzw. demselben Geschlecht entsprechen [3]. Die seitdem in der Medizin übliche Klassifikation gruppiert die verschiedenen Intersex-Formen nach dem zugrundeliegenden »genetischen Geschlecht« und Karyotyp in die drei übergeordneten Gruppen XX-chromosomal (46,XX DSD), XY-chromosomal (46,XY DSD) und geschlechtschromosomal (Sex Chromosome DSD, zu der chromosomale Mosaikformen gehören wie z. B. 47,XXY). Hinsichtlich der weiteren Unterteilung werden endokrinologische Aspekte aufgeführt, nämlich Merkmale der Androgensynthese und -wirkung.

Zusammenfassend haben wir damit eine Situation, in der einerseits eine breite Akzeptanz für den Störungsbegriff und die damit verbundene DSD-Schreibweise außerhalb der Medizin fehlt. Andererseits ist die Klassifikation nach zugrundeliegendem Karyotyp eine praktikable erste Orientierungshilfe, wenn es darum geht, eine systematische Übersicht über verschiedene Intersex-Formen zu bekommen.

Diese Klassifikation spiegelt sich jedoch nicht im derzeit gültigen Diagnoseschlüssel der ICD-10 [4] wider. Hier sind die Besonderheiten der somatischen Geschlechtsentwicklung in verschiedenen Kapiteln zu finden, beispielsweise in den Kapiteln E (E00-E90: »Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten« wie das AGS = E25.9), N (N00-N99: »Krankheiten des Urogenitalsystems«) und Q (Q00-Q99: »Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien« wie die Gonadendysgenesien = Q96.9 oder das Klinefelter Syndrom = Q98.0 bei Karyotyp 47.XXY). Problematischerweise findet sich hier noch die Nomenklatur des überholten Überbegriffs »Pseudohermaphroditismus masculinus« (Q56.3). Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Überarbeitung der ICD-11 sich an der oben genannten Consensus-Klassifikation orientiert und ob bislang geschlechtsbezogene Bezeichnungen wie »Klitorishypertrophie« (N 90.8) in geschlechtsneutrale Beschreibungen verändert werden, zum Beispiel »Genitalvergrößerung«. Zu hoffen bleibt, dass eine präzise und respektvolle Sprachwahl getroffen wird.

## Paradigmenwechsel?

In der Gesundheitsversorgung intergeschlechtlich geborener Menschen stand bis vor Kurzem ein Vorgehen im Vordergrund, das vor allem auf die äußere Geschlechtsanpassung an ein normatives Geschlechtsideal ausgerichtet war. Die sogenannte Optimal Gender Policy beruhte auf der Annahme, dass das soziale Geschlecht eines Kindes durch Erziehung beeinflussbar sei. Anstatt ganzheitliche Gesundheitsversorgung zu verfolgen, galt es unter normativen Vorstellungen durch Anwendung aller zur Verfügung stehender medizinischer Möglichkeiten eine vermeintliche Eindeutigkeit und damit ein »bestmögliches Geschlecht« medizinisch und erzieherisch herzustellen.

Die Kritik von Wissenschaftler_innen und Erfahrungsexpert_innen an dem seit den 1950er Jahren gültigen medizinisch-psychologischen Behandlungsrational hat zu einem beginnenden Umdenken geführt. Eine zentrale Forderung von Expert_innen in eigener Sache gilt der Verbesserung von Aufklärung, Beratungs- und Versorgungsstrukturen und der zeitlichen Verschiebung irreversibler Körpereingriffe, die nicht medizinisch indiziert und notwendig sind, bis die betreffende Person selbst entscheiden kann [5].

Einen tatsächlichen Paradigmenwechsel hatten Milton Diamond und Keith Sigmundson

bereits in den 1990er Jahren gefordert [6]. Sie forderten ein Ultimatum hinsichtlich aller nicht medizinisch notwendigen geschlechtskorrigierenden Maßnahmen, bis das jeweilige Kind selbst entscheidungsfähig war. Doch diese Empfehlungen setzten sich nicht überall durch. Vielmehr war und ist die Wirkmacht des früheren Behandlungsvorgehens so weitreichend, dass zentrale Rechtsgüter und Persönlichkeitsrechte wie die Selbstbestimmung, das Offenhalten der Zukunft und die körperliche Unversehrtheit über Jahrzehnte ohne Bedenken verletzt wurden.

Jürg Streuli und Kathrin Zehnder [7] beschreiben eine inzwischen eingetretene Perspektivverschiebung und einen Wertewandel im medizinischen und gesamtgesellschaftlichen Umgang mit Intersexualität. Statt des Ziels »Eindeutigkeit herstellen« gehe es zunehmend um die Wahrung von Persönlichkeitsrechten und die Achtung von Individualität, Subjektivität und einer eigenen Geschlechtsidentität, der Körperintegrität sowie der Gesundheitsversorgung [7]. Gleichzeitig hält sich die Tendenz zur dichotomen Geschlechternormierung als Grundlage zum Umgang mit Intersexualität in eindrucksvoller Hartnäckigkeit. Dies zeigt sich beispielsweise auch in den jüngsten Empfehlungen der Bundesärztekammer [2]. Auch Grundgedanken der »Optimal Gender Policy«, nämlich medizinische Maßnahmen von der vorgenommenen Geschlechtsrollenzuweisung (»gender assignment«) abhängig zu machen, sind weiterhin in aktuellen internationalen Publikationen zu finden [8]. Deshalb ist mit Recht zu fragen, inwieweit wir es tatsächlich bereits mit einem Paradigmenwechsel zu tun haben.

## Zur Bedeutung von Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle

*»Ein Gefühl der Identität haben heißt, sich mit sich selbst – so wie man wächst und sich entwickelt – eins fühlen; und es heißt ferner, mit dem Gefühl einer Gemeinschaft […] im Einklang zu sein«* [9].

Der Psychoanalytiker Erik Erikson hat die dem Identitätsbegriff innewohnende Dialektik von Wir- und Ich-Identität hervorgehoben und damit den menschlichen Grundkonflikt zwischen dem Wunsch nach Einzigartigkeit einerseits und dem Wunsch nach Zugehörigkeit andererseits im Identitätsbegriff verbunden. Identitätserfahrungen werden durch Sprache geformt und teilbar, ebenso aber auch durch soziale Vergleiche und Abgrenzungsbemühungen [9].

Geschlechtliche Identität oder Geschlechtsidentität wird heute als das individuelle Gefühl, sich selbst als männlich, weiblich oder anders zu erleben, verstanden [10]. Im Geschlechtsidentitäts-Diskurs konkurrieren verschiedene Bilder, um Identität zu illustrieren. Die *Kerngeschlechtsidentität*, wie sie von Robert Stoller 1968 in seinem Buch »Sex und Gender« konzipiert wird, geht von einem primordialen Kernselbst aus, das aus Identifikation mit den Eltern, aber auch durch Wahrnehmung des eigenen Körpers, insbesondere des Genitales und der »inhärenten biologischen Kraft (the biologic force within)« entstehe [11]. Ilka Quindeau nutzt das Bild einer *Hülle* oder eines *Behältnisses*, »in dem die verschiedensten bewussten und unbewussten Aspekte von Männlichkeit und Weiblichkeit auf den unterschiedlichen somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen in je individuellen Mischungsverhältnissen aufbewahrt sind« [12].

Das Bild der Hülle passt auch für die Vorstellung der Geschlechtsrolle, die eine Person einnimmt und ausübt. Die Unterscheidung zwischen empfundener Geschlechtsidentität (psychisches Geschlecht) und der gezeigten Geschlechtsrolle (soziales Geschlecht) legt die Identität als Erlebenskategorie und die Rolle als Verhaltenskategorie zugrunde. In der Sexualwissenschaft hat sich die Unterscheidung zwischen Identität und Rolle als hilfreiche Heuristik eingebürgert, insbesondere da Identität und Rolle nicht übereinstimmen müssen.

Die Entwicklung einer möglichst eindeutigen Geschlechtsidentität als Junge oder Mädchen galt in der Vergangenheit als ein zentrales

Ziel im medizinischen Umgang mit Intersexualität. Inzwischen nimmt die Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt und nicht-binärer, gemischter oder zwischengeschlechtlicher Identitäten zu.

Eltern entscheiden nach der Geburt ihres Kindes über den Namen und die Geschlechtsrolle, in dem sie ihr Kind großziehen wollen. Implizit wird davon ausgegangen, dass die Kinder eine konkordante, der Geschlechtsrolle entsprechende Geschlechtsidentität entwickeln. Doch davon kann insbesondere bei Intersexualität nicht automatisch ausgegangen werden.

Der Kinderarzt Jörg Woweries [13] hat die folgenden beachtenswerten Fakten zur Entwicklung der Geschlechtsidentität zusammengefasst:

- Die Geschlechtsidentität eines Menschen ist bei der Geburt nicht zu erkennen.
- Sie wird weder von den »äußeren oder inneren Genitalien« noch von den Geschlechtschromosomen bestimmt.
- Sie entsteht in einem Entwicklungsprozess, »der sich über viele Jahre hinzieht und über die Zeit der Pubertät hinausgehen kann«.
- »Ob sich jemand als Mann, Frau oder anders fühlt, kann durch keine Operation zugewiesen oder hergestellt werden.«

Die Berücksichtigung und Anerkennung dieser Tatsachen erscheinen für sich genommen logisch und selbstverständlich. Dennoch werden sie bei Entscheidungen über medizinische Maßnahmen im Umgang mit Intersexualität nicht immer selbstverständlich beachtet. Sie bedürfen im Sinne der Einbeziehung psychosozialer und psychosexueller Expertise zusätzlicher Aufmerksamkeit in der Aufklärung und Beratung von Eltern intergeschlechtlicher Kinder.

## Geschlechternormen und Forschungsprobleme als Gesundheitsrisiko

In der medizinischen und psychologischen Forschungsliteratur zu Intersexualität und Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale konnten wir eine Reihe von systematischen Denk- und Sprachproblemen identifizieren. Zentral sind vier Problembereiche [14]:

1. die *Dichotomisierung* von Geschlecht, das heißt die konzeptuelle Beschränkung auf sich gegenseitig ausschließende Kategorien »entweder weiblich oder männlich«
2. die *Pathologisierung* von non-binärem Geschlechtsausdruck (z. B. als Geschlechtsdysphorie)
3. die *Verleugnung* der fehlenden Vorhersagbarkeit der Entwicklung der erwachsenen Geschlechtsidentität eines Säuglings
4. die *Vermischung* von sozialen, alltagspraktisch-erzieherischen Geschlechtsrollen-Entscheidungen und medizinischen Entscheidungen hinsichtlich einer »normalisierenden« operativen Angleichung an ein Normgeschlecht bei Intersexualität

Diese letzte Unterscheidung ist zentral, denn bis heute zeigt sich im medizinischen Umgang mit Intergeschlechtlichkeit die Tendenz, die Durchführung medizinischer Maßnahmen von der sozialen Geschlechtsrollenentscheidung abhängig zu machen. Die getroffene Entscheidung über das »Erziehungsgeschlecht,« das heißt darüber, in welchem sozialen Geschlecht Eltern ihr Kind ansprechen und aufziehen, war nicht nur in der Vergangenheit maßgebend für die Durchführung medizinischer, »geschlechtsvereindeutigender« Maßnahmen. Diese Logik lässt sich auch in aktuellen Publikationen noch finden [8] und ist dringend zu hinterfragen.

Eine Trennung dieser beiden Prozesse, sozial und medizinisch, ist notwendig, um die Persönlichkeitsrechte des Kindes zu schützen, insbesondere die Rechte auf einen unversehrten Körper und eine offene Zukunft. Damit einher geht die Notwendigkeit, medizinische Indikationen (z. B. vital vs. kosmetisch) in ihrer spezifischen Notwendigkeit zu spezifizieren. So ist es ohne weiteres möglich, dass Eltern sich zum Beispiel entscheiden, ihr Kind zunächst

als Mädchen aufwachsen zu lassen und zu »sozialisieren«, ohne dass sie gleichzeitig irreversible »feminisierende« Operationen an ihrem Kind vornehmen lassen.

Komplexe Phänomene wie Intersexualität bzw. Intergeschlechtlichkeit bedürfen der Differenzierung und Präzision. Damit möglichst keine Entscheidungen über irreversible Maßnahmen getroffen werden, die später bereut werden, sind ein erhöhter Aufklärungsbedarf vorhanden und eine entsprechende Verarbeitungs- und Entscheidungszeit nötig. Der Normierungsgedanke, der in einer Geschlechtszuweisung (gender/sex assignment) Ausdruck fand, darf nicht dazu verleiten, davon auszugehen, dass ein intergeschlechtlich geborenes Kind immer ein zum »Zuweisungsgeschlecht« konkordantes oder erwartetes Identitätserleben im Erwachsenenalter entwickelt. Menschen mit Variationen der körperlichen Geschlechtsentwicklung können sich zwar durchaus als Männer oder als Frauen erleben, doch gibt es ebenso Menschen mit Intersexualität, »auf die diese kategoriale Zuordnung in seiner Ausschließlichkeit weder auf ihr Körpergeschlecht noch auf ihr Geschlechtserleben passt« [15].

Die Ergebnisse aus der Hamburger Intersex Studie demonstrieren exemplarisch, dass Geschlechtsidentitäten variabel sind, dass Geschlechtsrolle und -identität nicht übereinstimmen müssen und dass das binäre bzw. dichotome Geschlechtermodell für die Beschreibung des Geschlechtserlebens bei Menschen mit Intergeschlechtlichkeit unzureichend ist (siehe Tabelle 1). In der Studie wurden Erwachsene mit verschiedenen Formen der Intersexualität zu ihren Behandlungserfahrungen sowie verschiedenen Aspekten der Lebensqualität und psychosexuellen Entwicklung befragt. Tabelle 1 stellt körperliche und psychosoziale Geschlechtsaspekte dar, nämlich den sogenannten Genitalbefund bei der Geburt, die ursprüngliche soziale Geschlechtsrollenzuweisung nach der Geburt und die heutige Geschlechtsrolle und Identität.

81% der Teilnehmenden lebten zum Zeitpunkt der Teilnahme in der weiblichen Rolle als Frau, nur 12% leben in der männlichen Rolle als Mann und 7% lebten in einer anderen, weder männlichen noch weiblichen Rolle, zum Beispiel als Hermaphrodit oder als Angehörige eines Zwischengeschlechts. Nur 9% erlebten sich als Männer und 65% als Frauen. Die Teilnehmenden mit männlicher Geschlechtsidentität und Rolle hatten entweder eine Partielle Androgeninsensitivität (PAIS) oder ein Adrenogenitales Syndrom (AGS). Gut ein Viertel der Teilnehmenden (26%) beschreibt eine gemischte, inklusive Identität, die männliches und weibliches Erleben zugleich umfasst. Diese Gruppe mit mehrdeutigem Geschlechtserleben setzte sich aus Teilnehmenden aus nahezu allen in der Studie vertretenen »Diagnosegruppen« zusammen, nämlich aus Personen mit AGS, mit Kompletter Androgeninsensitivität (CAIS), mit PAIS, Gonadendysgenesien, ovotestikulärem DSD und sogenannten Störungen der Androgenbiosynthese [14].

## Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung

Nach der Definition der WHO (World Health Organisation) bedeutet Gesundheit weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Gesundheit wird als Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens verstanden. Allen Menschen sollte ein möglichst hoher Grad an Gesundheit und Gesundheitsversorgung zugänglich sein, unabhängig von der jeweiligen ökonomischen, sozialen, politischen, ethnischen oder religiösen Situation [16]. Jedoch sind Diskriminierungen gegenüber Angehörigen sogenannter geschlechtlicher Minderheiten empirisch erfasst [17].

Im Umgang mit Intersexualität bzw. Intergeschlechtlichkeit lassen sich eine Reihe von verschiedenen Gesundheitsproblemen und Proble-

*Tab. 1: Geschlechtsrollen und Geschlechtsidentitätserleben der Teilnehmenden der Hamburger Intersex Studie (n=69) [14]*

| Geschlecht | Genitale bei Geburt | Geschlechts-zuweisung | Geschlechtsrolle | Geschlechts-identität |
|---|---|---|---|---|
| männlich | 2 | 12 | 8 | 6 |
| weiblich | 37 | 57 | 56 | 44 |
| weitere* | 30 | - | 5 | 18 |

** mehrdeutig/unentschieden/Mehr/zwei-geschlechtlich/zwischengeschlechtlich/3. Geschlecht*

men der Gesundheitsversorgung identifizieren, auf die im Folgenden näher eingegangen wird:

1. psychosoziale Herausforderungen
2. organische Funktionsbeeinträchtigungen
3. umstrittene medizinische Maßnahmen und iatrogene Gesundheitsprobleme
4. Sexualität und Fertilität
5. Gesundheitsprobleme von Männern mit Variationen der Geschlechtsmerkmale
6. fehlende Versorgung und Nachsorge

## Psychosoziale Herausforderungen und Hilfen

*»Sehr leidvoll empfand ich auch das Tabu, also eine Erkrankung zu haben, über die keiner spricht«* [18].

Variationen der körpergeschlechtlichen Merkmale wurden lange Zeit als »medizinische Problemfälle« betrachtet, doch zeigen sich vor allem auch psychosoziale Herausforderungen im Umgang mit der körperlichen Besonderheit, die aus dem gesellschaftlichen Umgang herrühren. Ihre Erfahrungen aus der »Hamburger Studie zur Intersexualität« haben deren Mitarbeiter_innen wie folgt zusammengefasst: »Besonders gravierend für das Selbsterleben sind neben unverständlichen Körpererfahrungen und -eingriffen Erfahrungen von Verheimlichung, fehlender Sprache, Scham und das Gefühl, erst durch medizinische Eingriffe ›richtig‹ und liebenswert zu werden« [15].

Die Gefahr sozialer Isolierung und Einsamkeit zeigt eine aktuelle Arbeit aus dem oben genannten Hamburger Forschungsprojekt, in der 71% der Befragten angaben, keine_n Gesprächspartner_in in Kindheit oder Jugend gehabt zu haben, mit dem/der sie über ihre körperliche Besonderheit sprechen konnten [19]. Entsprechend besteht hier grundlegende Gesundheitsförderung im Überwinden von Sprachbarrieren innerhalb und außerhalb der medizinischen Diagnostik- und Aufklärungssituation, ebenso in der Aufklärung über Intersexualität sowie grundsätzlich über die Komplexität von Geschlecht. Des Weiteren geht es um die Unterstützung von Eltern, die ein Kind mit einer Intersex-Form bekommen haben. Das Verstehen, was die jeweilige Intersex-Form bedeutet und an Herausforderungen mit sich bringen wird, braucht Zeit und Geduld, sowohl bei den Familien als auch bei den involvierten Professionellen. Vorderste Aufgabe von Gesundheitsversorger_innen ist es, die Eltern für einen wertschätzenden Umgang mit ihrem Kind vorzubereiten und eine annehmende, wohlwollende Haltung gegenüber der körpergeschlechtlichen Besonderheit des Kindes zu unterstützen. Dies geht am besten, indem die Eltern selber Wertschätzung, Ermutigung und Stärkung durch die beteiligten Ärzt_innen und Psycholog_innen erfahren, zum Beispiel indem ihnen zu ihrem Kind gratuliert wird und indem nicht nur auf Defizite, sondern auch auf die Möglichkeiten eines Lebens mit Intersexualität hingewiesen wird.

Soziale Einbindung geschieht dabei auch mithilfe des Verwendens einer inklusiven statt exklusiven sowie einer ressourcenorientierten statt

defizitorientierten Sprache (z. B. Mehrdeutigkeit vs. Uneindeutigkeit der Geschlechtsorgane) zu sprechen. Selbsthilfebewegung, Peer-to-Peer-Beratung (Beratung durch andere Erfahrungsexpert_innen mit Erfahrungsvorsprung) und Unterstützer_innengruppen haben hier viel Vorarbeit geleistet und das Erleben von Zugehörigkeit und Gruppenidentität ermöglicht. Auch die Unterstützung durch Beratungsstellen und Psychotherapeut_innen kann empfohlen werden zur Stärkung des Selbsterlebens, gegebenenfalls auch zur Trauerbewältigung. Der Erfahrungsaustausch in moderierten Elterngruppen und Treffen mit anderen Familien mit ähnlichen Erfahrungen kann ebenfalls sehr hilfreich sein.

Dem medizinischen Paradigma der Machbarkeit setzen psychosoziale Expert_innen die Prinzipien von Anerkennung der subjektiven Erfahrung, Resonanz, Empathie und Entschleunigung, kombiniert mit psychosozialem und biologischem Fachwissen, entgegen. Ermöglicht werden soll ein sicherer Gesprächsraum und -rahmen, der eine aktive Auseinandersetzung ermöglicht. Dies bedarf einfacher, aber wirkungsvoller Elemente wie Zeit, Zuhören, Geduld und spezifisches Wissen. Eine entsprechende psychosoziale Beratung ist vor allem in Entscheidungsprozessen wichtig, um vorschnelle Entscheidungen über irreversible Maßnahmen zu vermeiden.

## Organische Funktionsbeeinträchtigungen

Variationen der Geschlechtsmerkmale können, müssen aber nicht automatisch mit einer organischen Funktionsstörung, Mangelerscheinung oder erhöhtem Tumorrisiko einhergehen.

In der Stellungnahme der Bundesärztekammer heißt es: »Eine Gleichsetzung von DSD mit Fehlbildung oder Krankheit ist nicht angemessen« [2]. Dennoch ist die diagnostische Abklärung der körperlichen Situation wichtig, um Funktionsbeeinträchtigungen unabhängig von einer Geschlechtszuweisung beheben und eventuelle Beschwerden einordnen, vermeiden oder lindern zu können.

Zu den möglichen angeborenen Beeinträchtigungen oder Hormonmangelphänomenen bei Variationen der Geschlechtsentwicklung zählen [20, 21]:

- die Nebennierenrindeninsuffizienz beim klassischen AGS (mit und ohne Salzverlust), die zu einem Cortisolmangel führen kann und in der Regel mit der Gabe von Hydrocortison und gegebenenfalls Fludrocortison behandelt wird
- die sogenannte Salzverlustkrise beim schweren klassischen AGS mit Salzverlust, der mit der Gabe von Natriumchlorid (NaCl) behandelt wird
- die Niereninsuffizienz bei bestimmten Formen der Gonadendysgenesie
- das Fehlen pubertätsinduzierender körpereigener Steroidhormone wie beim sogenannten Swyer-Syndrom (einer Form der Gonadendysgenesie)
- der mögliche Mangel an körpereigenen Wachstumshormonen
- der Verschluss des Ausflusstrakts, zum Beispiel des Urethral- oder Vaginalverschlusses, was zu wiederkehrenden Harnwegsinfektionen führen kann, gegebenenfalls auch den Abfluss von Menstruationsblut verhindert
- das mögliche Tumorrisiko im Gonadengewebe bei Gonadendysgenesien und anderen Formen

## Umstrittene Maßnahmen, Nebenwirkungen und iatrogene Gesundheitsprobleme

Zu den umstrittenen medizinischen Maßnahmen bei Variationen des Körpergeschlechts zählen insbesondere solche irreversiblen Maßnahmen, bei denen die Indikation nicht eindeutig medizinisch ist, das heißt die nicht vital oder Funktionen herstellend oder erhaltend ist, sondern allein der Herstellung eines der Geschlechternorm entsprechenden Körpers dienten und zum Verlust der körperlichen Integrität

führten. Kritisiert werden irreversible Eingriffe ohne höchstpersönliche Einwilligung bzw. unvollständige Information und Aufklärung. Selbsthilfegruppenvertreter_innen und Aktivist_innen haben diese Problematik bei der UNO vorgetragen und als institutionelle und wiederholte Menschenrechtsverletzung dargestellt [5].

Auch nach der Veröffentlichung der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats [22] und trotz der deutschen Rechtssituation, dass irreversible Körpereingriffe, die allein der äußeren Angleichung an ein Normgeschlecht dienen und nicht zwingend notwendig sind (z. B. um eine Funktionsstörung zu beheben oder Lebensgefahr abzuwenden), ohne die höchstpersönliche Zustimmung der betreffenden Person unzulässig sind [23], hält sich die Annahme, dass geschlechtliche Mehrdeutigkeit – wie im Falle eines Genitals, das einer größeren Klitoris oder eines kleineren Penis entspricht – zu »korrigieren« sei.

Darüber hinaus sind auch Gonadenentfernungen (Gonadektomien), die Gabe von Hormontherapien und andere Maßnahmen umstritten.

Im Fokus stehen folgende Maßnahmen:

- Genitaloperationen am äußeren und inneren Genitale, darunter auch das Herstellen und Bougieren einer Neovagina, um eine Penetrierbarkeit der Vagina herzustellen [23]
- Gonadektomien (Entfernung der Keimdrüsen) beim Verdacht auf ein erhöhtes Entartungsrisiko von gonadalem Gewebe, Gonaden oder Testes), die in der Vergangenheit aber auch zur Verhinderung einer erwarteten Virilisierung (körperlichen Vermännlichung mit Stimmbruch, Körperbehaarung etc.) durchgeführt wurden
- Hormontherapien (meist nach Gonadektomien) mit künstlichen Hormonpräparaten

*Genitaloperationen:* Im Konkreten sind besonders die Durchführung von Genitaloperationen im Sinne von Genitalverkleinerungen bei Kindern mit Adrenogenitalem Syndrom (AGS) umstritten [13]. Eveline Kraus-Kinsky, Ärztin und Mitbegründerin der AGS-Initiative, sieht beispielsweise die äußere Genitaloperation als unproblematisch an: »[A]n der Richtigkeit einer Genitalkorrektur« habe sie nie gezweifelt [18]. Dagegen fordert sie, dass das Bougieren einer angelegten Vagina im Kindesalter verboten werden sollte. Andere AGS-Betroffene beklagen den Verlust der ursprünglichen, unversehrten größeren Klitoris oder sind zufrieden mit einem mehrdeutig erscheinenden Genital, unabhängig davon ob sie als Mann oder Frau oder dazwischen oder in einer anderen Geschlechtsrolle leben.

*Gonadektomien:* Die in der Vergangenheit häufig als erhöht dargestellten Entartungs- und Tumorrisiken bei innenliegenden Gonaden bei XY-chromosomalen Intersexforen (z. B. bei Androgeninsensitivität oder Gonadendysgenesien), führte in der Vergangenheit vielfach zu präventivem und unhinterfragtem Entnehmen der Gonaden bei den meisten XY-chromosomalen Formen. Dies galt insbesondere für »weiblich zugewiesene« Personen mit XY-chromosomalen Formen, nicht aber für Männer bzw. »männlich zugewiesenen« Kindern. Dass das Tumorrisiko jedoch von der sozialen Entscheidung über die Geschlechtszuweisung eines Kindes abhängen sollte, stellt einen frag- und diskussionswürdigen logischen Zusammenhang dar. Hierzu bedarf es an weiterer Forschung, guter Aufklärung und Information. Das Zusammenspiel von Hormonwirkung, Lage der Gonaden (z. B. im Bauchraum oder in der Leistengegend) und Tumorrisiko sollte verständlich erklärt und im Rahmen der zugrundliegenden Logik von medizinischen Indikationen genau erläutert werden. Für die professionell Verantwortlichen bedeutet dies, den Einfluss gesellschaftlicher Geschlechtervorstellungen auf medizinische Entscheidungen zu reflektieren und zu hinterfragen.

*Hormontherapien:* Zu weiteren Problemen mit Nebenwirkungen und unbekannten und

langfristigen Folgen werden auch lebenslange Hormon-Behandlungen (z. B. mit Östrogenen, Gestagenen, Testosteron) gezählt. In der oben genannten Stellungnahme der Bundesärztekammer wird nicht verschwiegen, dass es zur Langzeitwirkung von Steroidpräparaten an verlässlichen empirischen Daten fehlt: »Eine evidenzbasierte Empfehlung für jegliche Hormontherapie bei DSD gibt es nicht« [2].

Zu den *iatrogenen, das heißt medizinisch verursachten Gesundheitsproblemen* zählen außerdem solche Beeinträchtigungen, die als Behandlungsfolgen entstanden sind, zum Beispiel Folgeoperationen, Stenosen bei Vaginalanlagen. Die beiden großen Studien zu Behandlungserfahrungen bei Intersexualität in Deutschland zeigen hohe Raten an Komplikationen infolge von »Genitalkorrekturen« und geschlechtsangleichenden Maßnahmen sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit Intersexualität [24].

Schließlich sind auch nicht-invasive Maßnahmen und Behandlungserfahrungen zu nennen, die problematisch sein können: Hierzu zählten in der Vergangenheit wiederkehrend durchgeführte Genitaluntersuchungen und die in Erfahrungsberichten beschriebene »Zur-Schau-Stellung«, fehlende oder entwertende Sprache (wie »Sex corrections«), hoher Entscheidungsdruck und unangenehme Erfahrungen mit medizinischer Fotografie.

## Sexualität und Fertilität

Sexuelle »Funktionsfähigkeit« und der Erhalt bzw. die Herstellung von Fertilität wurden bereits im Optimal Gender Paradigm als zentrale Behandlungsziele dargestellt. Auch im aktuellen medizinischen Verständnis spielt beides eine große Rolle. Allerdings wird Sexualität dabei oft reduziert betrachtet – im Sinn von Penetrierbarkeit und nicht unbedingt unter Berücksichtigung des individuellem Lusterlebens oder einer ganzheitlichen, den ganzen Körper umfassenden Sichtweise [24].

Oftmals haben operative Maßnahmen sowie das Bougieren einer Neovagina, zum Beispiel wenn diese in Kindheit und Jugend durchgeführt wurden, zu einer späteren Ablehnung und Angst vor Sexualität geführt. Probleme in der sexuellen Funktionsfähigkeit infolge oder im Zusammenhang mit Genitaloperationen werden in mehreren Studien beschrieben [24, 25].

Fertilitätsüberlegungen und gegebenenfalls -behandlungen sind in verschiedenen Situationen gegeben, beispielsweise bei vorhandener innerer »weiblicher« Genitalstruktur mit Uterus, Tuben, Ovarien wie beim Adrenogenitalen Syndrom (AGS). Besondere Aufmerksamkeit verdient die vorhandene Fertilität bei XY-chromosomalen Formen, beim Vorhandensein von Testes und Prostata, wodurch eine Spermienproduktion ermöglicht ist. Dies kann der Fall sein bei Formen der Androgenresistenz, und bei sogenannten Störungen der Androgenbiosynthese wie dem 17-beta-HSD und 5-alpha-Reduktase-Mangel [26].

## Gesundheitsprobleme von Männern mit Variationen der Geschlechtsmerkmale

Betrachtet man die Arbeiten zu Intersexualität/dsd erhält man den Eindruck, dass es sich bei Männern mit Intersexualität um »eine Minderheit in der Minderheit« handele. Nun stellt sich allerdings die Frage, was an dieser Stelle unter einem »Mann« bzw. »Männlichkeit« zu verstehen ist. Das Übereinstimmen von psychischen, sozialen und körperlichen als männlich konnotierten Geschlechtsmerkmalen ist keineswegs selbstverständlich.

Auf den ersten Blick könnte der Eindruck entstehen, dass männlich zugewiesene Personen mehr »Vorteile« haben. »Männliche« Testosterontherapien zum Beispiel erscheinen weniger umstritten zu sein hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen im Vergleich zu »weib-

lichen« Östrogentherapien (mit Thrombose- und Krebsrisiko), zumal die Einnahme von Testosteron als stimmungsaufhellend bzw. antidepressiv von Patienten mit Transgender Entwicklungen beschrieben wurde.

Untersuchungen von Personen mit Störungen der Androgenbiosynthese, früher auch als »pubertal change syndromes« benannt, zeigten, dass unbehandelte Betroffene zu 60% nach der Pubertät ins männliche Geschlecht wechselten. In der Hamburger Studie von »feminisierten« Patient_innen mit dieser Intersex-Form schien dies nicht mehr möglich, da bereits eine Weiblichkeit operativ hergestellt war, um die »befürchtete Virilisierung« in der Pubertät gerade zu verhindern. Rückblickend auf ihr Leben berichtet die älteste Teilnehmende, dass sie doch lieber männlich aufgewachsen wäre. Die anderen beschreiben überwiegend zwischengeschlechtliches Erleben und die Anerkennung männlicher psychischer Anteile bei weiblicher Geschlechtsrolle [26].

So sehr es in diesem Fall darum gehen könnte, »verhinderte Männlichkeit« zu betrachten und gegebenenfalls zu bedauern, kann es ebenso Verläufe von »aufgezwungener Männlichkeit« bzw. »verhinderter« Intergeschlechtlichkeit oder Weiblichkeit geben. Beim Adrenogenitalen Syndrom (AGS) und XX-chromosomaler Ausgangssituation – hier kommt es infolge (adrenaler) Nebenniereninsuffizienz bereits pränatal zu einer erhöhten Androgenausschütttung und damit zu einer »Virilisierung« des Gehirns und des äußeren Genitals – gibt es unterschiedliche Verläufe und Geschlechtsidentitäten. In der Hamburger Studie zeigte sich im Falle von AGS ein breites Geschlechterspektrum: Sowohl »verhinderte Weiblichkeit« [27], »aufgezwungene Weiblichkeit« und »verhinderte Zwischengeschlechtlichkeit« als auch zufriedenes Leben als Mann oder als Frau [14] wurden beschrieben.

Darüber hinaus scheint, wie bereits oben erwähnt, die Angst vonseiten der Medizin vor dem Tumorrisiko bei Männern bzw. Personen mit männlicher Geschlechtszuweisung stärker abgewehrt zu sein. So wird im Consensus Paper bei der Partiellen Androgeninsensitivität (PAIS) nur bei weiblicher Geschlechtszuweisung eine Gonadektomie (aufgrund des Entartungsrisikos) empfohlen, nicht aber bei männlicher Zuweisung [3]. Die dahinterliegenden spezifischen medizinischen Erwägungen, etwa die Lage der Gonaden im Körper, bleiben unerwähnt.

Eine bislang wenig in der Literatur beschriebene Form »verhinderter« Weiblichkeit oder Intergeschlechtlichkeit, die sich jedoch im klinischen Kontext findet, ist eine weibliche oder zwischengeschlechtliche Entwicklung der Geschlechtsidentität beim Klinefelter Syndrom. Das Klinefelter Syndrom bei einem 47,XXY-Karyotyp geht mit einem Hodenhochstand, geringer Testosteronproduktion und einer Brustentwicklung in der Pubertät einher. Anhand dieser körperlichen Merkmale handelt es sich um Intersexualität im »besten Sinn«, da die körperlichen Geschlechtsmerkmale nicht alle einem bzw. demselben Geschlecht entsprechen. Auch nach der DSD-Klassifikation zählt das Klinefelter-Syndrom zu den Sex Chromosome DSD. Die von Klinefelter-Patienten mit weiblichem Identitätserleben erfahrene Zuordnung als »transsexuell« wird teilweise als unpassend und gegebenenfalls stigmatisierend erlebt.

## Fehlende Versorgung und Nachsorge

Lucie Veith [28], Mitbegründerin des Vereins Intersexuelle Menschen e.V. weist auf massive Probleme der Gesundheitsversorgung für Menschen mit verschiedenen Formen der Intergeschlechtlichkeit hin. Sie spricht von einer »Benachteiligung aufgrund des Geschlechts« und einer Beschneidung der Teilhabe an der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Dies veranschaulicht sie am Beispiel von Gonadektomien und anschließender Hormontherapie, die regelhaft bei vielen XY-chromosomalen Formen im Zuge »feminisierender« Geschlechtszuweisungen durchgeführt wurden [28]. Sie kri-

tisiert insbesondere die fehlende medizinische Nachsorge im Erwachsenenalter:

> »Eine solche Wegnahme gesunder hormonproduzierender Gonaden (Keimdrüsen) […] und eine lebenslange Substitution mit körperfremden Hormonen löst gesundheitliche Probleme aus, die zu versorgen sich niemand in der Lage sieht. Eine Erwachsenenversorgung für intersexuelle Menschen gibt es nicht. Kaum ein Facharzt übernimmt die Verantwortung für eine optimale Versorgung mit Hormonen, niemand stellt die Gesundheitsversorgung […] sicher. […] So erhalten sogenannte xy-Frauen, denen zur Geschlechtsvereindeutigung oder Zuweisung zu einem Geschlecht die Hoden entfernt wurden und die in der Regel eine Prostata haben, beispielsweise keine Krebsvorsorge. Auch die Nebenwirkungen der zugeführten Hormone, die oft über 50 Jahre lange eingenommen werden, bleiben oft unberücksichtigt. Veränderungen des Blutbildes, Störungen des Stoffwechsels und Persönlichkeitsveränderungen werden oft nur unzureichend erkannt oder fehlinterpretiert« [28, S. 145].

Strukturelle Versorgungsprobleme wurden auch in der oben genannten Befragung des Bundesfamilienministeriums beschrieben [1]. Benannt wurden hier unter anderem das Fehlen erreichbarer Beratungsstrukturen und die Kompensation dieses Mangels durch die Selbsthilfegruppen. Beschrieben wurde der Fortbildungsbedarf von professionellen Helfern, insbesondere in Hinblick auf Intersex-spezifisches Fachwissen von psychosozialen Berufsgruppen und psychosoziale Kompetenz von Mediziner_innen.

Weitere strukturelle und praktische Versorgungsprobleme bestehen in der fehlenden Interdisziplinarität und mangelnden Vernetzung zwischen den involvierten Fachbereichen wie Endokrinologie, Gynäkologie, Urologie, Psychologie und andere. Zusätzlich ist das sogenannte Transitionsproblem von der Kinder-und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin bei Intergeschlechtlichkeit besonders schwerwiegend.

## Handlungsempfehlungen

### Gesundheitsförderung und Beratung

Information und Aufklärung sowohl von Patient_innen und Eltern als auch in der Allgemeinbevölkerung stellen einen grundlegenden Beitrag zur Gesundheitsförderung von Menschen mit Intergeschlechtlichkeit dar. Weiterführende Maßnahmen der Verbesserung der Gesundheitsversorgung sollten die Merkmale Transparenz, Interdisziplinarität, Partizipation und Respekt berücksichtigen. Dabei geht es darum, Mehrdeutigkeiten zu akzeptieren, Kontroversen zu benennen und Ängste vor Unsicherheiten zu reduzieren.

Im medizinischen Kontext sollten interdiszipinäre Konsile nicht nur in Konfliktfällen psychosoziale und ethische Beratung miteinschließen. Auch die Peer-to-Peer-Beratung sollte in die reguläre Gesundheitsversorgung eingebunden sein.

Darüber hinaus sind unabhängige, erreichbare Informations- und Beratungsstellen wünschenswert [7]. Weitere konkrete Maßnahmenvorschläge für Politik, Medizin, Beratungsangebote und Gesellschaft wurden in der Beratungsstudie des Bundesfamilienministeriums erfasst, die nun öffentlich zugänglich sind (www.bmfsfj.de/BMFSFJ/familie,did=215952.html) [1].

### Best Practice- und Vorzeige-Beispiele

Verschiedene Vorzeigebeispiele lassen sich nennen:

➢ Die Nutzung des Internets hat in der Intersex-Bewegung viel zur Stärkung, zum »Empowerment« und zur Überwindung der Isolation Einzelner beigetragen. Inzwischen gibt es eine Reihe von hilfreichen und informativen Websites, sowohl aus der Selbsthilfebewegung und von Aktivist_innen als auch von Forschungs- und Versorgungsnetzwerken (s. u.). Exemplarisch wird im Rahmen der *Hamburg Open Online University*

die Entwicklung einer Informationsplattform »intersex-kontrovers« geplant. Ziel ist es, umstrittene Fragen und Behandlungskontroversen und verschiedene Blickwinkel aus Erfahrungsexpertise, Kunst und Wissenschaften auf das Themenfeld zugänglich zu machen und langfristig sogenannte »open educational ressources« (OER) zu schaffen.

➢ Gesprächs- und Vorlesungsreihen zur Diskussion kontroverser Fragen haben sich als hilfreiche Praxis zur Weiterbildung und Förderung des inter- und transdisziplinären Dialogs bewährt. Beispielsweise seien die »Interdisziplinären Foren zur Intersexualität« genannt, die 2006 und 2008 in Hamburg stattfanden sowie die *Interdisziplinären Team-Teachings* und *Sexualmedizinischen Gesprächsvorlesungen* mit Fach- und Erfahrungsexpert_innen, die seit dem Wintersemester 2013/14 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Rahmen des öffentlichen Allgemeinen Vorlesungsverzeichnisses der Universität stattfinden.

➢ Informationsmaterialien sind von verschiedener Seite zusammengestellt worden, zum Beispiel die Hebammenbroschüre des Vereins Intersexuelle Menschen, die Elternbroschüre der englischen Gruppe »DSDFamilies«, die nun auch ins Deutsche übersetzt wurde (www.dsd-life.eu). Ein Beratungsführer wurde von »pro familia« herausgegeben.

➢ Netzwerke entstehen, in denen Wissen und Fragen ausgetauscht werden, zum Beispiel das 2013 gegründete internationale Netzwerk *EuroPSI* (European Network for Psychosocial Studies in intersex / diverse sex development), www.europsi.org.

## Nötige Forschungsschwerpunkte und Förderung

Insgesamt fehlt es an interdisziplinären und partizipativen *Forschungsprojekten*. Die verschiedenen Fachdiskurse laufen nach wie vor isoliert und abgekoppelt voneinander. Sprachbarrieren bestehen weiterhin. Beispielsweise werden geistes- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zum Themenbereich in der Medizin nicht ausreichend berücksichtigt, was auch umgekehrt gilt.

Systematisch erhobenes Wissen fehlt zu verschiedenen Feldern, unter anderem

➢ zur Lebens- und Gesundheitssituation von Menschen mit Intergeschlechtlichkeit ohne (frühe) medizinische Behandlungserfahrungen

➢ zur Auswirkung lebenslanger Hormontherapien

➢ zur Versorgungsituation von Menschen mit körpergeschlechtlichen Variationen im Alter.

Europäische Forschungskooperationen werden gefördert (www.dsdnet.eu), sind bislang jedoch biomedizinisch ausgerichtet.

## Recht und Politik

Auf politischer und rechtlicher Ebene sind erste Veränderungsschritte eingeleitet worden [28, 29]. Die neue personenstandsrechtliche Situation in Deutschland sieht seit dem 1. November 2013 vor, dass bei einem Kind mit mehrdeutigem Körpergeschlecht der Geschlechtseintrag offengelassen werden soll. Der entsprechende Gesetzestext lautet: »Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen« (PStG, § 22). Inwieweit diese Änderung die Vorstufe zur Abschaffung des Geschlechtseintrags sein wird, wie er von verschiedenen Seiten propagiert wird, bleibt abzuwarten. In jedem Fall hat diese Gesetzesänderung zum öffentlichen Interesse am Thema innerhalb und außerhalb Deutschlands beigetragen.

Gleichzeitig hat die aktuelle deutsche Bundesregierung (2013–2017) sich in ihrem Koalitionsprogramm zum Ziel gesetzt, »die Situation von Menschen mit Geschlechtsvarianz in den Fokus [zu] nehmen«. Mit der im Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) an-

gesiedelten interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) zu den Themen Intersexualität und Transsexualität hat sie ein Forum geschaffen, um den Themen mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu geben. Eine Reihe von Expertisen und Studien wurden in Auftrag gegeben und Fachtage fanden statt. Es bleibt zu hoffen, dass diese Aktivitäten zu einer veränderten Praxis beitragen. Auch in anderen Ländern (z. B. Belgien) gibt es vergleichbare Aktivitäten.

Auf europäischer Ebene gibt es menschenrechtliche Auseinandersetzungen mit dem Themenfeld (http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2015-focus-04-intersex.pdf), die wiederum Reaktionen aus Forschung, Versorgung und Selbsthilfe hervorgerufen haben [30]. Solche Formen der gegenseitigen Wahrnehmung und Beachtung verschiedener Perspektiven sind begrüßenswert und notwendig, um die Qualität der Gesundheitsversorgung im Feld zu verbessern.

## Schlussfolgerungen

Gute Gesundheitsversorgung umfasst Prävention, Diagnostik, Kommunikation und Aufklärung, gegebenenfalls auch eine Behandlung nach sorgfältiger Indikationsstellung. Bei Intersexualität lag der Schwerpunkt in den vergangenen Jahrzehnten vielfach auf einer Behandlung, für die nicht immer eine medizinische Indikation vorlag, sondern auch psychosoziale Befürchtungen oder bereits vollzogene »Geschlechtszuweisungen« maßgebend waren. Zu den psychosozialen Risiken und Folgeproblemen zählten oftmals Geheimhaltung, Tabuisierung und das Risiko der Isolierung. Lange Zeit wurde unter dem alten »optimal gender«-Paradigma versucht, Stigmatisierung zu vermeiden durch äußere Anpassung an ein Normgeschlecht. Aufgrund der starken Dichotomisierung und Normierungstendenz ist es zu iatrogenen Gesundheitsproblemen gekommen, auch wenn diese nicht beabsichtigt waren. Zu Recht wird heute stärker auf Patient_innenrechte geachtet. Dies bedeutet, über Möglichkeiten und Risiken, aber auch über fehlendes Wissen zu informieren und aufzuklären, bevor über irreversible Maßnahmen entschieden wird.

Die begonnenen Veränderungsprozesse zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei Intergeschlechtlichkeit brauchen Zeit. Es handelt sich um langwierige Prozesse des Umdenkens und In-Frage-Stellens gewohnter Denkweisen und Handlungsmuster. Zehnder und Streuli sprechen von einer notwendigen »Entselbstverständlichung« innerhalb der bisherigen medizinischen und psychologischen Praxis [7]. Dies bedeutet, konventionelle Vorstellungen von Geschlecht zu hinterfragen und Komplexität nicht vorschnell zu vereinfachen. Es wird eine dauerhafte Aufgabe bleiben, hier ein Klima der Offenheit zu schaffen, in dem Fragen und Kontroversen zugelassen und willkommen sind.

Erfreulich ist die Feststellung, dass die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Intergeschlechtlichkeit nicht sehr kostenintensiv sein muss. Denn für viele Maßnahmen gilt: Weniger ist mehr. Wichtig sind in diesem Kontext auch die Förderung der »sprechenden Medizin« und von psychosozialen Versorgungsstrukturen.

Hinsichtlich der Frage nach der Männergesundheit scheint es sich auf den ersten Blick bei Männern mit Intersexualität um eine »Minderheit in der Minderheit« zu handeln. Dies liegt größtenteils an der Diskriminierung von Männlichkeit unter dem früheren Behandlungsrational, das von medizinischer Machbarkeit geprägt war. Möglicherweise liegt es auch daran, dass bestimmte Gruppen sich nicht als »intersexuell« verstehen.

Abschließend stellt sich die Frage nach den Ursachen der Hartnäckigkeit der als überwunden geglaubten Denkprinzipien des alten Behandlungsrationals und der Schwerfälligkeit der Veränderungsprozesse. Folgende Mechanismen und Gedanken könnten Erklärungsansätze liefern: Erstens die menschliche Tendenz zum Konsistenz- und Verein-

heitlichungsstreben, zweitens die damit einhergehenden Schwierigkeiten, dialektisch zu denken (»sowohl als auch« statt »entweder oder«), und drittens die Wirkmacht impliziter, fest verankerter gesellschaftlicher und kultureller Normen. Zum letztgenannten Punkt zählt auch das Sexualitäts- und Geschlechtertabu, das verstärkt genau dann handlungsleitend wird, sobald es um Unsicherheiten in den sehr intimen und persönlichkeitsbestimmenden Bereichen von Sexualität, Körper, Identität und Geschlecht geht. Das durch diese Mechanismen aktivierte konventionelle dichotome Denken blockiert im Umgang mit Themen der Geschlechtlichkeit häufig ein konsequentes, logisches und freies Zu-Ende-Denken, was gerade bei einem komplexen Themenfeld wie dem der Intergeschlechtlichkeit notwendig ist.

## Literatur


1 Schweizer K, Lampalzer U, Handford C, Briken P. Kurzzeitbefragung zu Strukturen und Angeboten zur Beratung und Unterstützung bei Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2016.

2 Bundesärztekammer. Stellungnahme der Bundesärztekammer »Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disordersof Sex Develpment, DSD). DtschArztebl. 2015;112: A-598/B-510/C-498. doi: 10.3238/arztebl.2015.stn_dsd_baek_01.

3 Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA, LWPES1/ESPE2 Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. J Pediatr Urology. 2006; 2: 148–162.

4 World Health Organisation. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders.Clinical descriptionsanddiagnosticguidelines. Genf: WHO; 1991.

5 Intersexuelle Menschen e.V./XY-Frauen (2008). Schattenbericht zum 6. Staatenbericht Deutschlands zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). Juli 2008 [zitiert am: 09.07.2016]. https://www.frauenrat.de/filead min/Website_Archiv/files/CEDAW_2008_Schatte nbericht_Intersexuelle.pdf.

6 Diamond M, Sigmundson H K. Management of Intersexuality: guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 1997; 151:1046–1050.

7 Streuli J, Zehnder K. Intersexualität und Forschungstraditionen. In: Schweizer K, Richter-Appelt H (Hrsg.), Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. 1. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2012:269–290.

8 Mouriquand PD, Gorduza DB, Gay CL, Meyer-Bahlburg HF, Baker L, Baskin LS, Bouvattier C, Braga LH, Caldamone AC, Duranteau L, ElGhoneimi A, Hensle TW, Hoebeke P, Kaefer M, Kalfa N, Kolon TF, Manzoni G, Mure PY, Nordenskjöld A, Pippi Salle JL, Poppas DP, Ransley PG, Rink RC, Rodrigo R, Sann L, Schober J, Sibai H, Wisniewski A, Wolffenbuttel KP, Lee P. Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? J PediatrUrol. 2016 Jun;12(3):139–49.

9 Erikson EH. Dimensionen einer neuen Identität. 1. Auflage. Frankfurt/M: Suhrkamp; 1975.

10 Richter-Appelt H. Vom Körper zur Geschlechtsidentität. In: Richter-Appelt H, Hill A (Hrsg.), Geschlecht zwischen Spiel und Zwang.1.Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2004:93–112.

11 Stoller R. Sex and Gender. On the development of masculinity and femininity.1. Auflage. New York: Science House; 1968.

12 Quindeau I. Verführung und Begehren. Die psychoanalytische Sexualtheorie nach Freud. Stuttgart: Klett-Cotta; 2008.

13 Woweries, J. Intersexualität – Medizinische Maßnahmen auf dem Prüfstand. In: Scheider E, Baltes-Löhr C (Hrsg.), Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz.1. Auflage. Bielefeld: transcript; 2014:249–264.

14 Schweizer K, Brunner F, Handford C, Richter-Appelt H. Gender experience and satisfaction with gender allocation in adults with diverse intersex conditions (Divergences of Sex Development, DSD). Psychol Sex. 2014;5:56–82.

15 Brunner F, Handford C, Schweizer K. Geschlechtervielfalt und Intersexualität. In: Schweizer K, Brunner F, Cerwenka S, Nieder TO, Briken P (Hrsg.), Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. 1. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2014:155–166.

16 Briken P. Sexuelle Gesundheit und sexuelle Störung. In: Briken P, Berner M (Hrsg.), Praxisbuch Sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2013:86–92.

17 Brunner F, Schweizer K. Zur Diversität sexueller Orientierungen. In: Genkova P, Ringeisen T (Hrsg.),

Handbuch Diversity Kompetenz: Gegenstandsbereiche. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016:1–14.

18 Kraus-Kinsky E. Adrenogenitales Syndrom. Persönliches Erleben zwischen eigener Lebensgeschichte und dem Dasein als Ärztin. In: Schweizer K, Richter-Appelt H (Hrsg.), Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. 1. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2012:161–173.

19 Warne GL. Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung von Menschen mit Störungen der Geschlechtsentwicklung. In: Schweizer K, Richter-Appelt H (Hrsg.), Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. 1. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2012:291–310.

20 Grover S. Gynäkologische Aspekte im Umgang mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung (DSD). In: Schweizer K, Richter-Appelt H (Hrsg.), Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. 1. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2012:311–344.

21 Deutscher Ethikrat. Intersexualität. Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2012.

22 Plett K. W, M, X – schon alles? Zu der neuen Vorschrift im Personenstandsgesetz und der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zu Intersexualita t. psychosozial 2014;37(1):7–16.

23 Schweizer K, Brunner F, Richter-Appelt H. Intersexualität: (un-)erwünschte Körpermodifikationen bei nichteindeutigem Körpergeschlecht. In: Borgenhagen A, Stirn A, Brähler E (Hrsg.), Body Modification. 1. Auflage. Berlin: MWV; 2014:119–139.

24 Schönbucher V, Ohms J, Nuñez García D, Schweizer K, Richter-Appelt H. Heterosexualität oder sexuelle Lebensqualität? Behandlungsziele im Wandel. In: Schweizer K, Richter-Appelt H (Hrsg.), Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. 1. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2012:207–223.

25 Schweizer K, Brunner F, Handford C, Gedrose B, Richter-Appelt H. Coping With Diverse Sex Development: Treatment Experiences and Psychosocial Support During Childhood and Adolescence and Adult Well-Being. J Pediatr Psychol. 2016 Jul 24. DOI:10.1093/jpepsy/jsw058

26 Schweizer K, Brunner F, Schützmann K, Schönbucher V, Richter-Appelt H. Gender identity and coping in female 46, XY adults with androgen biosynthesis deficiency (intersexuality/DSD). J Couns Psychol. 2009;56:189–201.

27 Schweizer K, Brinkmann L, Richter-Appelt H. Zum Problem der männlichen Geschlechtszuweisung bei XX-chromosomalen Personen mit Andrenogenitalem Syndrom (AGS). Z Sex Forsch. 2007;20:145–161.

28 Veith LG. Vom Opfersein zum Menschsein in Würde: Intersexuelle Menschen auf dem Weg zurück in das gesellschaftliche Bewusstsein. 10 Jahre Intersexuelle Menschen e. V. In: Schweizer K, Brunner F, Cerwenka S, Nieder TO, Briken P (Hrsg.), Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. 1. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2014:145–154.

29 Krämer A, Sabisch K, Woweries J. Varianten der Geschlechtsentwicklung – die Vielfalt der Natur. Kinder- und Jugendarzt. 2016;47:318–320.

30 Cools M, Simmonds M, Elford S, Gorter J, Ahmed SF, D'Alberton F, Springer A, Hiort O. Response to the council of Europe Human Rights Commissioner's Issue paper on human rights and intersex people. Eur Urol. 2016 Jun 6. pii: S0302-2838(16)30179-8. doi: 10.1016/j.eururo.2016.05.015. [Epub ahead of print].

## Websites

1 EuroPSI: www.europsi.org

2 HOOU: http://intersex-kontrovers.blogs.uni-hamburg.de

3 Intersexuelle Menschen e. V.: http://www.im-ev.de

4 IMAG/BMFSFJ: http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/familie,did=215952.html

5 Organisation Intersex International (OII): http://oiiieurope.org

6 DSD-Life: http://www.dsd-life.eu

7 DSDnet: http://www.dsdnet.eu

# 3.6 Sexualität und Lebensformen – BDSM-Variationen

*Kirstin Linnemann*

**Zusammenfassung**
Die Frage danach, was BDSM ist (der Begriff setzt sich aus den englischen Begriffen »Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism« zusammen), kann nicht allumfassend beantwortet werden. In der Regel wird BDSM als eine freiwillige sexuelle Praxis begriffen, deren Anhänger aus dem Ertragen oder Zufügen von Schmerz und Demütigung sexuelle Erregung gewinnen. Dieser Vorstellung von einem BDSM, der sich rein auf sexueller Ebene abspielt und sich durch Einvernehmlichkeit legitimiert, stehen jedoch innerhalb der BDSM-Kultur Lebensmodelle gegenüber, die teils weit über ein reines Verständnis von ausschließlich sexuellem Handeln hinausragen. Obwohl BDSM in den letzten Jahren immer mehr in die gesellschaftliche Mitte vorzudringen scheint – hierbei ist nicht zuletzt auf die Buchreihe »Fifty Shades of Grey« von Erika Leonard hinzuweisen –, ist BDSM ein nur wenig beachtetes Sexualitäts- und Beziehungsfeld innerhalb der Wissenschaften. Dieser Text gibt einen kurzen Einblick in den aktuellen Forschungsstand zu (Er-)Lebensformen von BDSM. Er stellt heraus, dass BDSM-Orientierte, im Spagat zwischen gesellschaftlicher Normalisierungs- und Individualisierungsprozesse, eigene Neigungen keineswegs unproblematisch er- und ausleben können und weist auf einen nötigen Ausbau von sexual- und sozialwissenschaftlicher Forschung rund um das Thema BDSM hin.

**Summary: Sexuality and ways of life – BDSM-variations**
The question of the exact meaning of the term BDSM (this is a contraction of the English terms »Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism«) cannot be answered in a comprehensive way. Usually, BDSM is conceived as a voluntary sexual practice, proponents of which experience a sexual arousal by enduring or inflicting pain and humiliation. This understanding of BDSM, focused exclusively on a sexual approach and based on a mutual agreement, is opposed by different kinds of other life models within the BDSM culture – some of which extend far beyond a pure understanding of exclusively sexual acting. Although BDSM seems to expand into the midst of society in recent years – in this context attention should be drawn not at least to the book series »Fifty Shades of Grey« by Erika Leonard – BDSM is a field of sexuality and relations not much paid attention to within the academic world. This article gives a brief insight into the current state of research of life experiences and way of life within BDSM. It is pointed out that BDSM-oriented people trapped between processes of social standardized obligation and individualization cannot easily live up to and experience their own inclinations. Furthermore the necessary expansion of sexual and social scientific research on the subject of BDSM is underlined.

## Einleitung

> »Dieser wunderwürdige Wahn, das Böse allein um des Vergnügens willen zu üben, stellt eine der am wenigsten analysierten menschlichen Leidenschaften dar.«
>
> *Marquis de Sade*

Kaum jemand wird an ein anderes Vergnügen als das Fleischliche denken, wenn er dieses, dem Marquis de Sade zugeschriebene, Zitat liest. Und immer noch, so scheint es, hat es, trotz seines hohen Alters, kaum an Aktualität verloren. Wie Menschen ihre sexuellen Wünsche, Fantasien und Neigungen er- und ausleben und in welchem Rahmen dies geschieht, beschäftigt sexualwissenschaftliche Diskurse seit mehr als 100 Jahren [1]. So liegt zunächst die Vermutung nahe, dass zum Thema Sadomasochismus ein umfangreiches Angebot deutscher Forschungsliteratur vorhanden sein müsste. Doch auch wenn sich in den letzten Jahren immer mehr wissenschaftliche Perspektiven auf und über die BDSM-Kultur eröffnen [vgl. u.a. 2, 3, 4, 5], so fristet der BDSM, ganz entgegengesetzt seiner sonstigen Natur, an dieser Stelle eher ein Mauerblümchendasein. Im (privaten) Internet hingegen ist dies schon auf den ersten Klick anders. Mit derzeit rund 1.060.000.000 Treffern zum Schlagwortkürzel »SM« [6], allen voran der Eintrag einer großen Online-Enzyklopädie, überfluten die bei Weitem nicht immer seriösen Angebote interessierte Leser_innen. Die gleiche Abfrage ergab im Juli 2011, also vor rund fünf Jahren, »nur« ca. 144.000.000 Treffer, was auf einen deutlichen Zuwachs des Interesses an diesem Thema innerhalb der neuen Medienlandschaft hinweist. Gestärkt wird diese Vermutung unter anderem auch durch den Erfolg der Buchreihe *Fifty Shades of Grey* von Erika Leonard, die sich über Monate auf der deutschen Bestsellerliste befand und eine Beziehung mit BDSM-Anteilen zum Gegenstand hat.

## Definition von BDSM

BDSM in all seinen Dimensionen endgültig und abschließend zu definieren kann nicht gelingen, insbesondere da das mehrschichtige Akronym, die Begriffe »Bondage und Disziplin« (B&D), »Dominanz und Submission« (D&S), »Sadismus und Masochismus« (S&M) unter einem Oberbegriff zu bündeln versucht und damit eine ganze Reihe sehr unterschiedlicher phänomenologischer Teilbereiche zusammenfasst.

Mit dem BDSM-Begriff wird versucht, möglichst viele individuelle Beziehungs- und/oder Sexualitätsformen zu beschreiben, die auf unterschiedlichsten physischen und/oder psychischen Neigungen und Vorlieben sowie Haltungen und/oder Lebensstilen beruhen und in der Regel von einem Großteil der Gesellschaft als divergent zur derzeit gültigen Norm verstanden werden [7].

### BDSM-Sex versus BDSM-Beziehung

Eine kategorische Grenzziehung, ab wann es sich um BDSM-Sexualität und/oder eine BDSM-Beziehung handelt, kann von außen nicht vorgenommen werden, da es bezüglich BDSM weder für Paarbeziehungen noch für Sexualität eindeutige Normen gibt. Daraus ergibt sich unter anderem, dass die eigene Zuordnung zu BDSM eine individuelle Entscheidung BDSM-Orientierter ist, die sehr eng an das emotionale und rationale Erleben eigener Beziehungs- und/oder Sexualvorlieben gebunden ist. Gleichermaßen ist die Zuordnung an eine subjektive Vorstellung von dem gekoppelt, was unter BDSM, inklusive den mit BDSM einhergehenden Maximen[1],

1 Mit BDSM-Maximen sind verschiedene BDSM-»Verhaltens- und Einstellungsregeln« (Safe Sane Consensual) gemeint. Sie stellen eine Art Zusammenfassung von grundsätzlich ethischen und moralischen Einstellungen, Haltungen und Verhaltensweisen auf Basis einer »Verhandlungsethik« an BDSM orientierter Indikatoren dar, die helfen sollen, einvernehmliche sadomasochistische Praktiken als »unbedenkliches Sexualverhalten« erkennbar zu machen.

Verhaltens- und Einstellungsweisen, zu verstehen ist.

Eva Illouz [8] schreibt in ihrem Buch *Die neue Liebesordnung: Frauen, Männer und Shades of Grey*, dass sich BDSM innerhalb der Gesellschaft

> »parallel zur Entfaltung des Feminismus und einer wachsenden Gleichheit der Geschlechter ausbreitet, was die Vermutung nahelegt, daß BDSM die Verlagerung der Sexualität auf ein Feld der Identitätspolitik widerspiegelt – einer Identitätspolitik, die auf einer Vision von Menschenrechten und Werten der Selbstverwirklichung basiert. […] Indem die BDSM-Sexualität klare, von Identitäten abgekoppelte Rollen festlegt, bietet sie die Sicherheit, die mit vorgezeichneten Rollen einhergeht, ohne zur traditionellen Geschlechterungleichheit zurückzukehren. Denn die Ungleichheit, die im BDSM inszeniert wird, ist spielerischer Natur und nicht in eine soziale Ontologie der Geschlechter eingeschrieben« [8, S. 67f.].

## BDSM als Lebensstil

Illouz betrachtet BDSM, so wie er in der gegenwärtigen Literatur oft vorzufinden ist, als eine Variante sexueller Handlungsweisen. So ist es ihr möglich, BDSM als eine »spielerische, von Identität abgekoppelte Rolle« [8, S. 68] zu verstehen. Wie die bisher größte deutsche Umfrage (n=2000) unter Personen mit BDSM-Neigung »BDSM-Sexualitäten« [7] aus dem Jahr 2014 zeigt, trifft diese Aussage jedoch lediglich auf den geringeren Teil BDSM-Orientierter zu. Für die meisten der Befragten, die innerhalb einer festen Beziehung leben, ist BDSM keine ausschließlich »spielerische« Variante der Sexualität (vgl. Abbildung 1). Hier stellt BDSM eine gewünschte Lebensvariante dar, die der eigenen Identitätswahrnehmung entspricht. Es handelt sich nicht um eine rein sexuelle Rolle, auch nicht um ein zeitlich begrenztes sexuelles Spiel, sondern um eine klare innere Haltung. BDSM als Lebensstil impliziert ein individuelles Verständnis der eigenen Identität und der Identität des Partners oder der Partnerin, inklusive dem Wunsch als Beziehungsgegenüber gleichwertig, aber nicht gleichberechtigt sein zu wollen.

Für Außenstehende ist oft schwierig nachzuvollziehen, wie sich eine Partnerschaft in der heutigen Zeit gestalten kann, in der die Beteiligten bewusst nur teilweise oder keine Augenhöhe bevorzugen.

Hierbei ist anzumerken, dass sich BDSM-Beziehungen von klassischen Hetero-Beziehungen, mit ökonomischen Abhängigkeiten, grundsätzlich in der Bewusstmachung, der Auswahl und der Bejahung von selbstgewählten Abhängigkeiten unterscheiden. Anders als im Rahmen eines patriarchalischen Herrschaftsverhältnisses, in der Abhängigkeiten keineswegs individuell ausgehandelt werden, unterliegt der Verzicht von Gleichberechtigung innerhalb BDSM-Beziehung Vereinbarungen, die insbesondere

> »auf zwei Ebenen, einer zeitlichen und einer physischen [getroffen werden]. Über zeitliche Eingrenzungen legen die Beteiligten klare Rahmenbedingungen fest, in welchem Umfang ein Ausleben von BDSM innerhalb ihrer Beziehung vollzogen werden können. Durch das Definieren von Tabus, Dingen die innerhalb der zeitlichen Grenzen nicht passieren dürfen (alles andere ist optional möglich), legen alle Beteiligten die Rahmenbedingungen fest, wie weit das gemeinsame psychische und physische Erleben […] gehen darf« [7, S. 35].

Dieser Aushandlungsprozess über Art und Umfang von Abhängigkeiten innerhalb der eigenen Beziehung muss als ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen BDSM-Lebensformen und klassischen Abhängigkeitsbeziehungen verstanden werden.

Eine weitere große Herausforderung für Außenstehende ist es, ein klares Bild von dem zu bekommen, was unter BDSM genau zu

verstehen ist. BDSM scheint mehr zu sein als das, was insbesondere das Privatfernsehen seit dem Sichtbarwerden von »sadomasochistischen Neigungen« in Kunst, Kultur und Medien ab den 1960er Jahren, darüber berichtet.

## Variationen von BDSM

Innerhalb der sich ständig wandelnden und ausdifferenzierenden BDSM-Kultur haben sich verschiedenste Lebensmodelle herausgebildet. Lebensmodelle, die keine klaren Grenzen oder Regeln in sich bergen, die jedoch als eine Art »grobe Richtlinie« der Intensität einer BDSM-Orientierung angesehen werden können. Hierbei geht es weniger um sexuelle Praktiken, als vielmehr um den Wunsch, wie viel Einfluss der eigene BDSM innerhalb des persönlichen Alltags haben soll. BDSM ganz ohne Alltagseinfluss, also das ausschließliche Ausleben von BDSM-Praktiken innerhalb der eigenen Sexualität, wird in der Regel als Erotik Power Exchange (EPE) bezeichnet und stellt derzeit die einzige BDSM-Orientierung dar, die als spielerische Sexualitätsvariante bezeichnet werden kann [7].

Für BDSM-Beziehungsformen, die aus einer Mischung zwischen BDSM-Sexualität und BDSM-Leben (einem BDSM-Leben ohne sexuelle BDSM-Handlungen) bestehen, haben sich verschiedenste Begriffe einzelner Lebensformen verbreitet. Grundsätzlich ist es nicht möglich, allein anhand der »Beziehungsbezeichnung« herauszufinden, wie jemand BDSM praktiziert. Nimmt man die beiden Extrempole in den Blick, so kann es sein, dass jemand, der sich dem BDSM zuordnet, ausschließlich Interesse an BDSM-Sexualität hat, dieses Interesse innerhalb flüchtiger Begegnungen, zum Beispiel auf »Playpartys«[2], auslebt und BDSM zu keiner Zeit in den weiteren Lebensalltag einfließen lässt [7]. Das entgegengesetzte »Extrem« stellt jemand dar, der ausschließlich Interesse an einer BDSM-Lebensvariante hat, innerhalb einer festen Partnerschaft im Alltag eine klare Beziehungshierarchie lebt, sexuelle BDSM-Praktiken jedoch keine Rolle spielen. Zwischen diesen Extremen sind alle weiteren nur denkbaren Varianten möglich, die sich zusätzlich durch eine nicht eingrenzbare Anzahl sexueller Neigungen, Vorlieben, Fetische und hierarchischer Strukturen individuell ausdifferenzieren. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass jede BDSM-Neigung mit höchst individuellen Vorlieben einhergeht, die von keiner anderen Person in vollständig identischer Art und Weise geteilt wird [7].

Dieser Tatsache ist letztlich geschuldet, dass innerhalb der BDSM-Beziehungs-Kultur Kommunikation als wesentliches Merkmal einer gelingenden Beziehung oder Sexualität beschrieben wird, durch die das Aus- und Erleben von konsensualem BDSM erst möglich wird. Norbert Elb [5] schrieb in seinem Werk *SM-Sexualitäten* treffend, dass es »besonders signifikant [sei], dass […] nicht nur über Sex gesprochen wird, wenn es Schwierigkeiten gibt, dass Sex nicht nur problematisiert wird, sondern dass sich vor allem auch über gelungenen Sex verbal auseinandergesetzt wird« [5, S. 63].

Allen BDSM-Lebensformen ist gemeinsam, dass sich die Beteiligten freiwillig in ein Machtgefälle begeben, welches den Verzicht auf einen mehr oder weniger großen Teil von Gleichberechtigung – mindestens auf einer zeitlich begrenzten, sexuellen Ebene – impliziert. Die bekanntesten Lebensformen innerhalb der BDSM-Kultur stellen die Beziehungsvarianten »D/s, 24/7« und »TPE« dar, wobei D/s (Dominanz/submission) in der Regel mit dem geringsten Einfluss, TPE hingegen mit dem höchsten Einfluss auf den Lebensalltag der Betreffenden assoziiert wird [7]:

**2** Als Playparty wird in der Regel eine geschlossene Veranstaltung für BDSM-Orientierte bezeichnet, auf der grundsätzlich die Möglichkeit besteht, eigene BDSM-Vorlieben mit Gleichgesinnten auszuleben.

> »Das Standardmodell in der ›Einhandliteratur‹ [gemeint sind pornographische Schriften jeder Art], an dem sich viele Einsteiger orientieren, stellt eine 24/7-Beziehung dar, in der die Rollen von Top und Bottom 24 Stunden am Tag 7 Tage die Woche unverrückbar festgelegt sind und die gesamte sexuelle Beziehung der beiden bestimmt. 24/7-Beziehungen […] bedeuten zumeist, dass der Bottom theoretisch ständig verfügbar ist« [9, S. 222f.].

Einen deutlich weitreichenderen Einfluss auf den Lebensalltag findet sich bei BDSM-Praktizierenden, die sich für das Lebensmodell TPE (Total Power Exchange) entschieden haben:

> »Die wörtliche Übersetzung von TPE kann als ›totaler Machtaustausch‹ verstanden werden. Der tieferliegende Wunsch einer solchen Beziehungskonstellationen legt Wert auf eine klar definierte dominant – submissive Rollenverteilung, die durch eine totale Unterwerfung des Bottom unter den Top gekennzeichnet ist. Der Bottom nimmt sich als absoluten Besitz seines Top wahr, der Top betrachtet seinen Bottom als sein Eigentum« [7].

Die Grenzen zwischen den verschiedenen Lebensformen sind fließend und unterliegen in der Regel einer stetigen persönlichen Entwicklung.

## Studienergebnisse zu BDSM

Innerhalb der Umfrage »BDSM- Sexualitäten« [7] gaben mehr als die Hälfte der in Beziehung lebenden Befragten (54%) an, innerhalb einer der BDSM-Beziehungsformen D/s (31%), 24/7 (20%) und TPE (3%) zu leben (vgl. Abbildung 1).

Bisher ging die Wissenschaft davon aus, dass nur ein sehr geringer Teil BDSM-Orientierter ihre Neigung mit einer Lebensalltagsbeeinflussung gestaltet. Ein deutlich höherer Anteil BDSM-Orientierter wurde bisher in der spielerischen Erlebensform EPE vermutet [4]. Hier zeigte sich jedoch in der neueren Studie, dass lediglich 28% der Teilnehmer innerhalb ihrer Beziehung BDSM als reine Erweiterung ihrer Sexualität begreifen. 12% der Befragten befinden sich in einer Mainstream-Beziehung, also einer monogamen Beziehung ohne BDSM-Anteile. BDSM wird demnach derzeit nicht real ausgelebt. 6% der in monogamer Beziehung Lebenden gab an, in einem »sonstigen Modell« zu leben. Hier kann davon ausgegangen werden, dass es sich um Personen handelt, die BDSM innerhalb eines individuellen Beziehungskonzeptes leben, das sie selbst nicht unter die bisher gängigen Oberbegriffe einordnen können oder wollen.

## Geschlecht, Rollenmodelle, Partnerschaft

Die Partnersuche im BDSM-Kontext gestaltet sich nicht selten schwierig. Insbesondere deswegen, weil neben dem Geschlecht und dem individuellen Wunsch des Beziehungsformates, die Rolle des Gegenübers von nicht unerheblicher Bedeutung ist. Je nach eigener Vorliebe besteht häufig der Wunsch und je nach Beziehungsmodell auch die Notwendigkeit im Mittelpunkt, eine Partnerin/einen Partner zu finden, der die Vorliebe für das entgegengesetzte Rollenmodell hegt. Innerhalb der BDSM-Kultur existiert eine Vielzahl äquivalenter Begriffspaare, die die unterschiedlichen Rollen, die innerhalb des BDSM-Kontextes je nach Präferenz eingenommen werden, beschreiben. Bezeichnungen wie Dom/Domme, Herr/Herrin, Meister/Meisterin oder Sub, Sklave/Sklavin, passive/passiver, Submissive/Submissiver stellen nur einen kleinen Teil hiervon dar. (Die am meisten in der Öffentlichkeit bekannte Bezeichnung »Domina«, wird in der Regel im Bereich von BDSM-Dienstleistungen verwendet und findet im Privaten eher selten Verwendung.) Ich möchte mich an dieser Stelle auf die Begriffe Top, Bottom und Switcher festlegen und diese als übergeordnete Begrifflichkeiten mit folgender Definition verwenden:

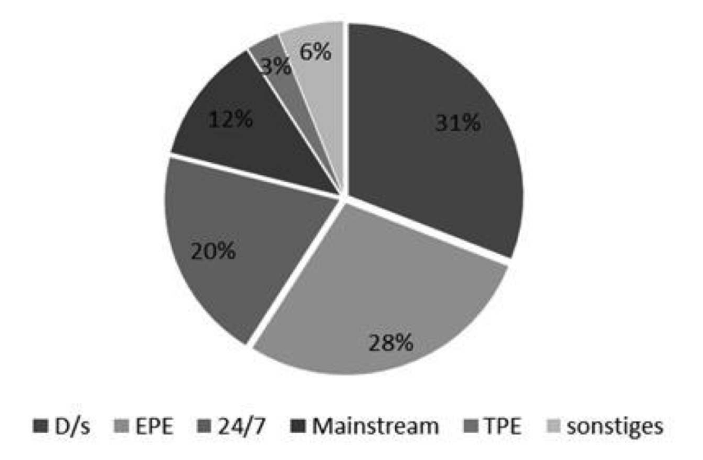



*Abb. 1: Gesamtverteilung der Beziehungsformen in monogamen Beziehungen [7]*
*D/s: Domination und Submission = Beherrschung und Unterwerfung*
*24/7: Rollen von Top und Bottom sind 24 Stunden am Tag an 7 Tagen die Woche unverrückbar festgelegt; Top bezeichnet in BDSM-Beziehungen die Person, die die dominantere Rolle einnimmt. Die andere Person wird Bottom genannt.*
*TPE (Total Power Exchange = totaler Machtaustausch): Total Power Exchange ist ein Partnerschaftskonzept, das die vollständige Unterwerfung des devoten Partners (Bottom) unter den dominanten Part (Top) anstrebt.*
*EPE (Erotic Power Exchange = erotischer Machtaustausch): Erotic Power Exchange ist eine Beziehungsform, die den Schwerpunkt auf die Verschiebung der sexuellen Kontrolle vom passiven zum aktiven Partner (Dominanz und Unterwerfung) legt.*
*Mainstream: Unter dem Begriff Mainstream werden alle monogamen Beziehungen ohne BDSM-Anteile gefasst.*

> »Die Ausdrücke Top und Bottom bezeichnen ein Rollenverhalten innerhalb der BDSM-Kultur, das zum einen eine im BDSM-Rollenspiel eingenommene Position anzeigt, zum anderen eine Grundhaltung zum Ausdruck bringen kann. Mit der individuellen Einordnung der eigenen Rolle in Top oder Bottom legen die Beteiligten grundsätzliche, entgegengesetzte Vorlieben fest, die außerhalb von Sexualität nicht der grundlegenden Charaktereigenschaft oder dem Naturell des Einzelnen entsprechen müssen; aus der sich aber im individuell festgesteckten zeitlichen und physischen Rahmen während des Auslebens von BDSM-Sexualität oder einer BDSM-Beziehung, automatisch Verhaltensweisen ergeben« [7, S. 33].

»Jemand, der sich selbst als »Switcher« bezeichnet, meint damit meist die prinzipielle Bereitschaft, bei einer Session[3] die Rolle wechseln zu können. Über die Häufigkeit, in der einen oder anderen Rolle zu spielen, ist damit noch nichts ausgesagt« [10]. Zumeist existiert jedoch eine stärkere Vorliebe für eine der beiden Rollen [10].

Wie die Umfrage zeigt, favorisiert ein deutlich höherer Anteil der Männer innerhalb der heterosexuellen BDSM-Kultur die Top-Rolle (58%). Diesen steht ein fast genauso hoher Anteil Frauen gegenüber, die angegeben ha-

**3** Der Begriff Session bezeichnet ein gemeinsames BDSM-Erleben während eines zeitlich festgesteckten Rahmens.

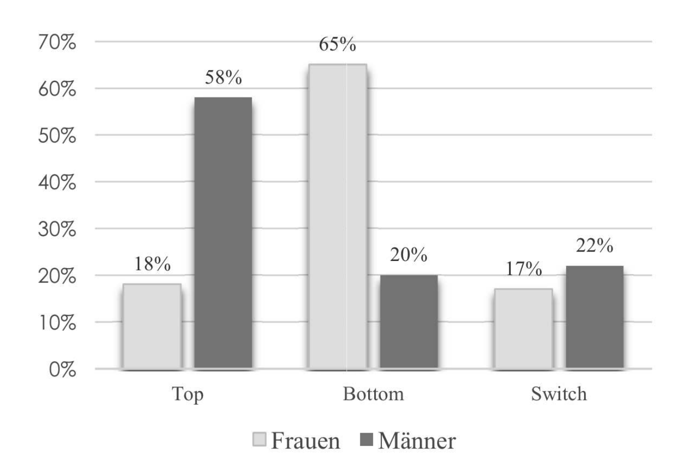



*Abb. 2: Rollenverteilung der BDSM Partner nach Geschlecht [7]*

ben, submissiv zu sein (65%). Mit 18% der heterosexuellen Frauen, die angegeben haben, innerhalb der Beziehung die Top-Rolle einzunehmen, ist ihr Anteil deutlich geringer als bei den Männern, jedoch halten sie sich in etwa mit dem »passenden Pendant«, dem Bottom-Mann (20%), die Waage. Ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zeigt sich bei den Personen, die angegeben haben, »Switcher« zu sein (w=17%, m=22%). Grundsätzlich zeigen diese Ergebnisse, dass derzeit innerhalb gelebter heterosexueller BDSM-Beziehungen ein »ungleiches Gleichgewicht« herrscht. Sowohl Geschlecht als auch Neigung halten sich in Bezug auf die gegenpoligen Neigungen in etwa die Waage (vgl. Abbildung 2).

Wissenschaftlich ging man bis in die 1990 Jahre davon aus, dass sexuelle Neigungsfacetten (Sadismus, Masochismus und Fetischismus)[4], die heute unter den Oberbegriff »BDSM« fallen, ein reines Männerphänomen darstellen würden, welche in aller Regel lediglich innerhalb von Bordellen eine spielerische Erfüllung erfahren könnten [11]. Seit den 1990er Jahren kommen Forschungsergebnisse allerdings zu dem noch zögerlichen Schluss, dass auch Frauen privat BDSM praktizieren und sich der Frauenanteil kontinuierlich zu erhöhen scheint [12]. Die aktuelle Befragung weist ein weitestgehend ausgeglichenes Geschlechterverhältnis (w=49%, m=51%) aus [7], was insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass sich Frauen unter dreißig häufiger der BDSM-Kultur zuordnen als Männer dieser Altersgruppe (siehe Abbildung 3).

## Entwicklungstrend von BDSM

Lange Zeit existierte innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion ein fast ausschließlich pathologisch geführter Diskurs zum »Sadomasochismus«, der erst in den letzten Jahren eine Veränderung zugunsten einer »Neosexualitätsform« [13] erfährt. »Neosexualität, Neoallianz oder Neogeschlecht« nennt Volkmar Sigusch [13] eine »sich neu etablierende Sexual-, Intim- oder Geschlechtsform, die sich den alten Ängsten, Vorurteilen und Theorien entziehen« [13] und eine grundsätzlich unvoreingenommenere Sichtweise auf Sexualität, entsprechend auch einen liberaleren Blick auf BDSM und die mit ihm verbunden Praktiken wie »Lust-Schmerz« oder »Unterwerfung«, ermöglicht. Dennoch ist die BDSM-

**4** Diese Liste ist selbstverständlich nicht abgeschlossen.

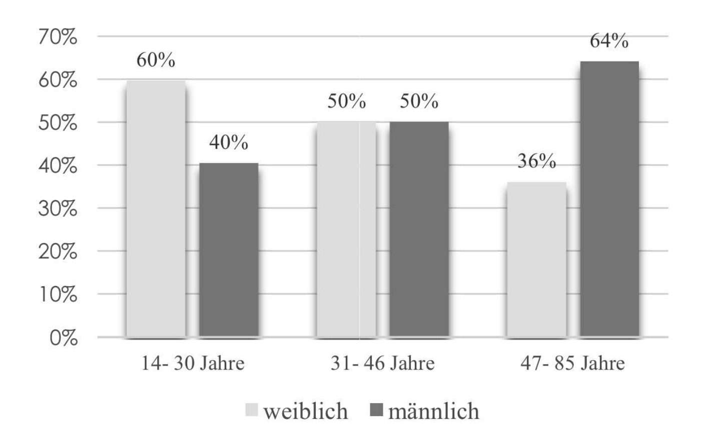



*Abb. 3: Altersverteilung von BDSM-Partnern nach Geschlecht [7]*

Kultur wenig öffentlich sichtbar und wenn doch, dann zumeist in Form von Veranstaltungen wie dem »Bodenseeschiff«, welches einmal im Jahr mit BDSM-Orientierten auf den Bodensee ausläuft oder im Rahmen des jährlich stattfindenden Christopher Street Days sowie dem FOLSOM-Festival – all das sind jedoch Veranstaltungen, an denen lediglich eine sehr geringe Anzahl von Menschen mit BDSM-Neigung teilnehmen. Die Furcht vor gesellschaftlicher Stigmatisierung und die damit einhergehende Gefahr von existenziellen Auswirkungen in Bezug auf Familie und/oder Karriere, lässt nur wenige der, in der Regel höher gebildeten und gesellschaftlich gut integrierten, BDSM-Orientierten öffentlich zu ihren Neigungen stehen [7].

Die Umfrageergebnisse zeigen mit Blick auf das Bildungsniveau der Befragten, dass von 1.485 Proband_innen, die auf die Frage nach ihrem Schulabschluss geantwortet haben, nur vier (0,3%) angeben, ohne Abschluss zu sein. 105 (7,1%) haben die Hauptschule abgeschlossen, 340 (22,9%) besitzen einen Realschulabschluss und 260 (17,5%) die Fachhochschulreife. 776 Personen (52,3%), also mehr als die Hälfte der Befragten, hat das Abitur (vgl. Abbildung 4).

Somit haben 69,8% der Befragten die Fachhoch- oder die Hochschulreife. Laut Bundeszentrale für Politische Bildung hatten im Jahr 2012 in der BRD nur 27,3% der Gesamtbevölkerung die Fachhochschul- oder Hochschulreife [14]. Es lässt sich also feststellen, dass die Probanden der BDSM-Kultur, im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung, ein deutlich höheres Bildungsprofil aufweisen. Dieses Ergebnis unterstreichen die bereits von Spengler [11], Wetzstein [12], Elb [5] und Bernasconi [8] getroffenen Aussagen zum Bildungsniveau innerhalb der BDSM-Kultur.

Eine BDSM-Neigung stellt für viele Praktizierende eine besondere Herausforderung in Bezug auf die Geheimhaltung ihrer persönlichen Vorlieben dar. BDSM wird nicht selten als persönlicher Risikofaktor empfunden, der nicht zuletzt mit großen Sorgen vor dem Verlust der eigenen Beziehung, gesellschaftlichem Ansehen und/oder des Arbeitsplatzes verbunden ist. Insbesondere für Menschen, die BDSM nicht ausschließlich als Sexualitätsvariante begreifen, kann der Spagat zwischen den Lebenswelten »Alltag« und »BDSM« und das damit oft einhergehende, bedingungslose Schweigen, nicht selten auch der Partnerin/dem Partner gegenüber, als stark belastend empfunden werden.

Oft bietet die Anonymität des Internets, insbesondere durch die Bereitstellung von zahlreichem Informationsmaterial verschiedener

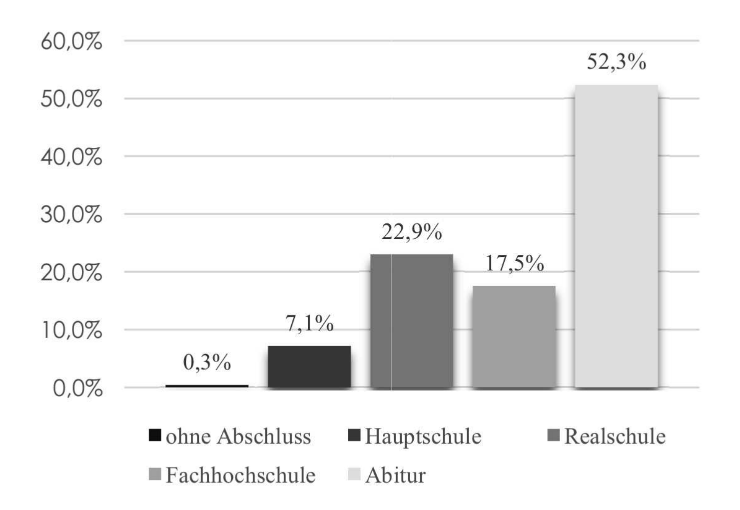



*Abb. 4: Bildungsstand der Befragten [7]*

BDSM-Organisationen, erste Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen mit BDSM-Neigung. Die BDSM-Szene bemüht sich stark um die Vernetzung untereinander. Individuelle Unterstützung, wie zum Beispiel bei der ersten Kontaktaufnahme zu Stammtischen oder die Vermittlung zu Beratungsangeboten, stehen neben Öffentlichkeitsarbeit und/oder der Verbreitung von Partyterminen im Fokus der Gruppen. Erste Kontaktmöglichkeiten bieten unter anderem der BVSM (Bundesvereinigung Sadomasochismus e. V.) [15] als Bundesvereinigung sowie die Selbsthilfeorganisation Mayday an.[5] Ein spezielles Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene bis 27 Jahren, die sich für BDSM oder Fetischismus interessieren, bietet der SMJG e. V. [16]. Neben der Bereitstellung einer geschützten Online-Plattform steht diese insbesondere auch Eltern minderjähriger Menschen mit BDSM-Neigungen als Ansprechpartner zur Verfügung. Trotz der Bemühungen der BDSM-Kultur, insbesondere durch Öffentlichkeitsarbeit, eine liberalere Einstellung der Gesellschaft gegenüber BDSM-Orientierten zu erreichen, bleibt es derzeit immer noch heikel, sich zum BDSM zu bekennen.

**5** Mayday wurde innerhalb der BDSM-Szene insbesondere durch ein eingerichtetes BDSM-Notfalltelefon bekannt. Neben einer Vielzahl an Informationen stellt der seit 2004 eingetragene Verein eine umfangreiche Linkliste zur Verfügung (siehe hierzu unter: www.maydaysm.de).

## Fazit und Handlungsempfehlungen

### *Empfehlungen für die Forschung*

Nicht zuletzt durch die derzeit geringe wissenschaftliche Forschungslage fehlt eine Basis von fundiertem, anerkanntem und auch praxisbezogenem Wissen über BDSM. Innerhalb der Hochschulen sollte daher eine vorurteilsfreie Etablierung des wissenschaftlichen Themas BDSM, insbesondere mit Blick auf Fragen zur sexuellen Selbstbestimmung und zu sexueller Gewalt, verstärkt ermöglicht werden.

### *Empfehlungen für Information und Weiterbildung*

Fort- und Weiterbildungsangebote, welche Kenntnisse über Erlebens- und Lebensformen des BDSM sowie eine Annäherung an szeneinterne Hilfsangebote zum Gegenstand haben, scheinen vielschichtig sinnvoll.

*Empfehlungen für das Gesundheitswesen*

Im medizinisch-therapeutischen Bereich ließe sich mit oben erwähnten Fort- und Weiterbildungsprogrammen ein fundiertes Fachwissen über die Lebenssituation von BDSM-Klient_innen erreichen und so die derzeit häufig anzutreffende offene und liberale Haltung von Fachkräften fachlich untermauern. Nicht zuletzt in der Paartherapie mit BDSM-orientierten Paaren ist anzunehmen, dass sich durch Fachkenntnisse über die Lebenssituation des Paares die Chancen eines Therapieerfolges erhöhen lassen [17].

*Empfehlungen für Polizei und Justiz*

In Bereichen von Polizei- und Justiz könnte ein dementsprechendes, auf die Zielgruppe abgestimmtes Angebot helfen, Straftatbestände im Grenzbereich von inklinierenden vs. periculären Verhaltensweisen, zum Beispiel sexuelle Nötigung, Beleidigung, Körperverletzung, Freiheitsberaubung (diese Liste ist nicht abschließend), besser einschätzbar und abgrenzbar zu machen.

*Empfehlung für die Sexualpädagogik*

Auf die Frage, in welchem Umfang BDSM im Kontext von sexualpädagogischer Aufklärung eine Rolle spielt, kann derzeit keine allgemein gültige Aussage getroffen werden. Sicher ist jedoch, dass Sexualpädagogen in der Regel eigenes Material zum Thema entwickeln müssen, insofern es innerhalb ihrer Praxis benötigt wird. Mit Blick auf einen ganzheitlichen Ansatz innerhalb sexueller Bildung und Beratung, wäre daher ebenfalls die Entwicklung von Fortbildungsangeboten sowie Leitfäden, respektive Handlungsempfehlungen, im Umgang mit Themen des BDSM sinnvoll und erscheinen evident.

## Fazit

Auch wenn Begriffe wie »Individualität« und »Freiwilligkeit« Sexualitäts- und Beziehungsvarianten des BDSM gesellschaftlich immer mehr zu legitimieren scheinen und es zu einer gesellschaftlichen Relativierung dessen kommt, was durch die Einführung des Perversionsbegriffs disparat wurde, kann derzeit nicht davon gesprochen werden, dass Menschen mit sexuellen Neigungen oder einer Lebenshaltung, die unter dem vieldeutigen Oberbegriff BDSM fallen, dies grundsätzlich unbeschwert und unbedenklich er- und ausleben können. Es muss derzeit davon ausgegangen werden, dass Menschen mit BDSM-Präferenzen sich der BDSM-Kultur insbesondere dann zuordnen, wenn sie die eigene Sexualität mit ihren physischen, emotionalen, kognitiven, sozialen, kulturellen und/oder spirituellen Dimensionen als unverträglich zur geltenden Norm identifiziert haben und die eigene sexuelle Identitätsfindung als mögliche Gefahrenquelle eines persönlichen gesellschaftlichen Unglücks empfinden.

## Literatur


1. Moll. Die Conträre Sexualempfindung. [zitiert am 17.1.2016]. http://www.schwulencity.de/mollkontraeresexualempfindung.html.
2. Wagner E. Grenzbewusster Sadomasochismus. SM-Sexualität zwischen Normbruch und Normbestätigung. Bielefeld: transcript Verlag; 2014
3. Steinbach C. Masochismus – Die Lust an der Last? Über Alltagsmasochismus, Selbstsabotage und SM. Gießen: Psychosozial Verlag; 2012
4. Bernasconi O. Pervers? Oder einfach anders? Marburg: Techum Verlag; 2010:62ff
5. Elb N. SM-Sexualität. Selbstorganisation einer sexuellen Subkultur (Beiträge zur Sexualforschung). Gießen: Psychosozial-Verlag; 2006:63.
6. Google Inc. Google- Stichwort »SM« [zitiert am 17.1.2016]. http://www.google.de/?gws_rd=ssl#q=SM. Zum Vergleich: 144.000.000 Treffer im Juli 2011.
7. Linnemann K. BDSM – eine Studie. Merseburg: Hochschulschrift (Studienarbeit an der Hochschule Merseburg); 2014.
8. Illouz E. Die neue Liebesordnung. Frauen, Männer und Shades of Grey. Berlin: Suhrkamp;2013:67.
9. Passing K, Strübel I. Die Wahl der Qual. Reinbek: Rowohlt Verlag; 2001:222.
10. Jander J. Datenschlag-Informationen über sadomasochistische Themen. [zitiert am 17.1.2016].

http://www.datenschlag.org/papiertiger/lexikon/switch.html.

11 Spengler A. Sadomasochisten und ihre Subkulturen: Frankfurt/M: Campus Verlag; 1979:58.

12 Wetzstein TA. Sadomasochismus. Szenen und Rituale. Reinbek: Rowohlt; 1993:36

13 Sigusch V. Neosexualitäten. Frankfurt/M: Campus Verlag; 2005

14 Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Die soziale Situation in Deutschland – Bildungsstand der Bevölkerung 2014 [zitiert am 17.1.2016]. http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61656/bildungsstand.

15 Bundesvereinigung Sadomasochismus e. V. (BVSM). www.bvsm.de

16 SMJG e. V. BDSM-Jugend online. http://www.smjg.org

17 Moser C. Die Psychologie des Sadomasochismus (SM). Datenschlag-Informationen über sadomasochistische Themen [zitiert am 17.1.2016]. http://www.datenschlag.org/txt/moser.html.

# 3.7 Sextoys – Bedeutung, Gebrauch, Anwendung im Rahmen männlicher Sexualität

*Anja Drews*


## Zusammenfassung

Das Geschäft mit Sexspielzeug boomt. Und die Branche ist ständig auf der Suche nach neuen Umsatzmöglichkeiten. Die Bandbreite an Produkten reicht von Vibratoren, künstlichen Vaginas und Analplugs bis zu Penisringen und Umschnalldildos. Sie lassen sich sowohl zur Stimulation in der Autoerotik als auch in der partnerschaftlichen Sexualität und zur Herstellung und Erhaltung der sexuellen Funktionsfähigkeit einsetzen. Parallel dazu findet allerdings kaum Forschung darüber statt, wie sich unser Sexualverhalten durch den Einsatz von Sextoys verändert, welches Potenzial sich bietet und welche Gefahren dabei lauern. Erektion und Koitus stehen seit jeher im Mittelpunkt des sexuellen Interesses. Diese Fixierung auf die genitale Sexualität baut auf beiden Seiten immensen Druck auf. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Verwendung von Sextoys von diesem Druck entlasten und die Vielfalt sexueller Erfahrungsmöglichkeiten erweitern kann. Auch und gerade bei sexuellen Problemen rund um Penis und Erektion. Dies könnte zur Steigerung der Beziehungszufriedenheit und ganz allgemein zur Steigerung der Lebensqualität führen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass wir fundierte Informationen und Aufklärung über Bedeutung, Gebrauch und Anwendung von Sexspielzeug im Rahmen männlicher Sexualität brauchen – ganz besonders für all diejenigen Männer, die auf der Suche nach neuen Stimulationsmöglichkeiten sind.

## Summary: Sextoys – meaning, use, application in the context of male sexuality

The sex toy business is booming. And the industry is always looking for new opportunities, complimenting the current product lines like vibrators, artificial vaginas, anal plugs and up to penis rings. They all work for self-stimulation as well as with partners and they can be used to sustain sexual functional capability. There's almost no research how sex toys change our sexuality, their potential and dangers. Erection and coitus typically are in the center of attention. This genital focus creates immense pressure to both sides. One wonders how the use of sex toys can release this pressure and extend the variety of sexual experiences, especially in the context of sexual problems regarding the penis and its erection. This could lead to improved satisfaction in relationships and better quality of life. Last but not least: We need well-grounded information and education about the relevance, use and possibilities of sex toys in the context of male sexuality – especially for those men looking for new ways of stimulation.


---

## Einleitung

Es ist lange her, dass man abfällig von »Sexartikeln« und »Hilfsmitteln« sprach. Es ist auch lange her, dass man diese Artikel nur verschämt hinter verschlossenen Türen in dunklen Shops

erwerben konnte. Heute sind Sextoys gesellschaftsfähig geworden. Weg von einer Reduktion auf ihre reine Funktionalität, finden sich schmeichelnde Materialien, verspielte Formen und bunte Farben in den Auslagen der Geschäfte und Online-Shops – eine »warenästhetische Indienstnahme des Erotischen und der Sexindustrie«, wie Volkmar Sigusch es nennt [1]. Ob als Mann, Frau, Paar oder Single, für den normalen Hausgebrauch oder für aufwändige Sessions: Für jeden Geschmack ist etwas dabei. Die Umsatzzahlen des Handels steigen dabei kontinuierlich an und werden heute zum Großteil über das Internet erzielt. Die Online-Shops der großen Unternehmen haben sich an die Bedürfnisse der Kunden angepasst und ihre Internetauftritte modernisiert. Auch der Einzelhandel zieht mit. Wer sich heute in den Shops umsieht, wird feststellen, dass sich hier einiges verändert hat: Helle, offene, freundliche Räume laden zum Bummeln ein. Fast fühlt man sich wie in einer Boutique oder Drogerie. Es wird ein Einkaufserlebnis geschaffen. TV-Werbung für Sextoys findet sich aufwändig produziert zur besten Werbezeit. Bedürfnisse werden geweckt und bedient.

Wie viel Umsatz alle Unternehmen zusammen insgesamt erwirtschaften, kann hier nur spekuliert werden. Man kann insgesamt aber von einem Betrag in dreistelliger Millionenhöhe ausgehen. Doch trotz der hohen Umsatzzahlen der Unternehmen und der dadurch zu vermutenden Verbreitung von Sextoys ist das Thema wissenschaftlich noch weitgehend unerschlossen. Die Recherche zu diesem Thema hat ergeben, dass sich Literatur und Daten überwiegend im journalistischen Bereich und nur sehr vereinzelt in wissenschaftlichen Abhandlungen bzw. Studien finden. Auch in den gängigen Aufklärungsbüchern für Jugendliche und Erwachsene findet das Thema bislang wenig bis keine Beachtung. Eine wissenschaftlich fundierte Erhebung über Verbreitung und Anwendung von Sextoys in der Bevölkerung liegt bislang nicht vor. Es ist auch offen, ob insgesamt mehr Kunden einkaufen oder ob die bereits vorhandenen Kunden häufiger einkaufen.

## Angaben zu Sextoys

### Definition und Produktgruppen

Letztendlich lässt sich so ziemlich alles zum Sextoy umfunktionieren. Entsprechend findet sich in Wikipedia auch eine sehr weitreichende Definition:

> »Unter dem Begriff Sexspielzeug (in jüngster Zeit hat sich auch der englische Begriff ›Sextoy‹ etabliert) werden Gegenstände zusammengefasst, mit deren Hilfe man sich selbst oder den Geschlechtspartner beim Liebesspiel sexuell stimulieren kann. […] Zu den Sexspielzeugen gehören Vibratoren, Dildos, Lustkugeln, Butt-Plugs, Strap-ons, Peniskäfige, Penisringe, Keuschheitsgürtel, Geräte zur erotischen Elektrostimulation, Sex-Puppen, Vagina-Nachbildungen und vieles mehr. Derartige Gegenstände werden in Sexshops, auf Erotikmessen, in Erotikkatalogen und auf einschlägigen Internetseiten angeboten. In einem weiter gefassten Sinn lassen sich auch besondere Bekleidung, Rollenspiel-Utensilien (zum Beispiel Fesseln, Peitschen, Windeln), Klammern und ähnliches Zubehör hinzurechnen. Auch normale Haushaltsgegenstände können als Sexspielzeug verwendet werden, zum Beispiel Kerzen, Obst, Gemüse, Löffel, Gießkannen, Federn, Eiswürfel, aufblasbare Gegenstände (Schwimmflügel, Luftballons, Wasserbälle etc.) oder Fingerfarben zur Körperbemalung während des Liebesspiels« [2].

Schaut man sich in der heimischen Küche nur einmal etwas genauer um, so wird man schnell fündig.

Die genauen Absatzzahlen der einzelnen Produkte sind Firmengeheimnisse, die von den Unternehmen streng geheim gehalten werden.

Auf Anfrage teilte das Unternehmen »Orion« immerhin mit:

> »Toys sind die beliebteste Produktgruppe aus dem Orion-Sortiment. Das ist seit vielen Jahren so. Die Lovetoys haben sich in den letzten zehn Jahren auch ständig weiterentwickelt und verändert. Waren es früher noch möglichst naturgetreue Produkte, die das Lovetoy-Sortiment bestimmten, gibt es im Orion-Sortiment heute immer mehr Designobjekte in optisch sehr hochwertigem Look« [3].
>
> »Kunden legen aber nicht nur Wert auf ausgefallene Designs, sondern fragen auch nach technischen Finessen wie der App-Steuerbarkeit und nach einer möglichst breiten Funktionsauswahl, die sich in einem Produkt vereint. Fröhliche Farben und Formen bestimmen das Lovetoy-Sortiment. Toys sind zu Lifestyle-Produkten geworden, die gesellschaftsfähig sind. Zu den Lovetoys gehört natürlich alles, was summt und brummt, also Vibratoren in den unterschiedlichsten Ausführungen. Darüber hinaus auch Dildos, Kugeln, Masturbatoren, Anal-Toys, Bondage-Produkte, Fesseln u. v. m.« [4].

Die allgemeine Technikbegeisterung hat also auch auf diesem Markt Einzug gehalten.

## Umsätze

1952 verschickte sie mit der Informationsbroschüre »Stimmt in unserer Ehe alles?« ihren ersten Minikatalog, verkaufte Kondome und Bücher zum Thema Ehehygiene, klärte in ihrer »Schrift X« über natürliche Methoden der Empfängnisverhütung auf, eröffnete 1962 den weltweit ersten Sexshop und ging 1999 an die Börse [5]: Beate Rotermund hat als Vorreiterin und Aufklärerin mit ihrem Unternehmen »Beate Uhse« einen Boom entfacht, der bis heute ungebrochen ist. Während das klassische Kataloggeschäft dieser Tage am Ende zu sein scheint, hat das Geschäft im Internet Hochkonjunktur. Die beiden Marktführer Orion und Beate Uhse sind zwar durchaus mit 150 bzw. ca. 40 Geschäften im Einzelhandel deutschlandweit vertreten, laut Angaben des Unternehmens erwirtschaftet Orion mittlerweile jedoch 80% seiner Distanzhandelsumsätze (also ausgenommen des stationären Handels) online, die übrigen 20% auf dem klassischen Wege (Telefon, Print) [6]. Mit den beiden Startups »Amorelie« und »Eis.de« bewegen sich zwei neue junge Unternehmen im E-Commerce-Bereich. Durch offensive Werbung zur besten Sendezeit und die Konzentration auf junge Kund_innen konnten laut Presse zumindest dem Erotikkonzern Beate Uhse Marktanteile streitig gemacht werden. Eis.de erzielte in 2013 einen Umsatz von 18,2 Millionen Euro [7]. Amorelie hält sich hier etwas bedeckt. Beate Uhse verzeichnete laut Geschäftsbericht 2015 einen Umsatz von knapp 128 Millionen Euro und damit 18 Millionen Euro Verlust [8]. Als Konsequenz daraus wurden zum Jahresbeginn 2016 das klassische Kataloggeschäft komplett eingestellt sowie Geschäfte des Einzelhandels geschlossen. Auch hier will man sich zukünftig auf den E-Commerce-Vertrieb konzentrieren [9]. Die Orion-Gruppe (über 100 Millionen Euro Gesamtumsatz) kämpfte 2015 ebenfalls mit Stagnation und bis zu 6% rückläufigen Umsätzen, dies aber bei gesunder Ertragslage. 2013 gab es einen außergewöhnlichen Umsatzanstieg. Dieser ließ sich zu einem nicht unwesentlichen Teil auf die Veröffentlichung der Erotikroman-Trilogie *Shades of Grey* zurückführen. In diesem Zeitraum gab es in der Erotikbranche eine große Nachfrage nach allen Sextoys aus dem Bereich BDSM (Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism) [10].

Zu den großen Unternehmen kommt eine Vielzahl an Geschäften im Einzelhandel sowie Herstellern und kleineren Onlineshops hinzu. Die »Boutique Bizarr« auf der Hamburger Reeperbahn ist dabei ein ganz besonderer Publikumsmagnet. Besonders am Wochenende durchstreifen tausende Schau- und

Kauflustige die ausgedehnten Räumlichkeiten und ergötzen sich an Sextoys, Literatur, Pornofilmen und vor allem der eindrucksvollen Darstellung der Produkte aus der Welt des BDSM.

## Zielgruppen und Verbreitung

Heute entscheiden vor allem Frauen, wann und welche Sextoys sie kaufen und in die partnerschaftliche Sexualität einbeziehen möchten. Hierzu teilt Orion mit: »Die Hauptzielgruppe von Orion ist seit jeher die Frau. 60 Prozent der Orion-Kunden sind Paare, die wir mit dem Unternehmensslogan ›Mehr Spaß zu zweit‹ ansprechen. Der Rest sind zu jeweils 20 Prozent männliche und weibliche Singles« [11]. Auch bei Beate Uhse stehen heute die Kundinnen im Vordergrund. Hier gab es folgende Auskunft: »Die Verteilung Mann/Frau wird auf etwa 20:80 geschätzt. Die meisten Männer kommen zusammen mit ihren Frauen zu uns. Das ist seit unserem Relaunch 2013 in etwa gleich geblieben« [12]. Amorelie hat anhand von Umfragen und Datenerhebungen festgestellt, dass 45% ihrer Kunden Männer seien. Deutlich mehr als 50% dieser Männer seien in einer Beziehung, während bei den Frauen die Singles überwiegten. Das Durchschnittsalter der Kunden liege bei 35 Jahren [13]. Verlässliche Angaben über den Gebrauch und die Verbreitung von Sextoys innerhalb der unterschiedlichen Kohorten in der männlichen Bevölkerung können jedoch nicht beschrieben werden, da dazu einfach jegliche Angaben fehlen.

Umfragen und Studien von Herstellern und Medien sind wissenschaftlich nicht haltbar, zeigen jedoch Tendenzen auf. Eine Umfrage der Gutschein-Plattform »Vouchercloud« unter über 3.400 Männern und Frauen stellte fest, dass 17% aller Umfrageteilnehmer regelmäßig Sexspielzeug gemeinsam mit ihrem Partner nutzen. Weitere 26% gaben an, zumindest gelegentlich zusammen mit dem Partner zu Toys zu greifen. 31% der Frauen äußerten den Wunsch, Sextoys beim gemeinsamen Liebesspiel häufiger einsetzen zu wollen. 8% haben allerdings Angst, ihrem Partner diesen Vorschlag überhaupt mitzuteilen. 14% glauben, dass der Wunsch, gemeinsam Sextoys zu benutzen, den Partner abschrecken könne. Demgegenüber gefiel 22% der Männer die Vorstellung, zu zweit Sextoys einzusetzen. Genauso viele Männer schließen diese Option für sich komplett aus. 37% der Frauen, aber nur 4% der Männer setzen Sextoys zur Selbstbefriedigung ein [14]. Sicherlich muss man hier hinterfragen, welche Personengruppe genau befragt wurde und wie ehrlich die Antworten tatsächlich sind. Zudem stellt sich die Frage, wie der Begriff Sextoy in der Umfrage definiert wurde. Denn dies ist ein weites Feld, in dem Dildos und Vibratoren vorherrschend wahrgenommen werden, diese jedoch für die männliche Sexualität eher von geringer Bedeutung sind. Wie wir in der oben genannten Definition gesehen haben, umfasst der Begriff Sextoy dementgegen weit mehr Möglichkeiten zur Lustgewinnung rund um den männlichen Körper. Nach meiner Erfahrung ist gerade im Bereich der männlichen Autoerotik von deutlich höheren Zahlen auszugehen.

Eine Gruppe, die im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit von Männern steht, sollte nicht vergessen werden: Die Sexarbeiterinnen. Angaben darüber, welche Produkte in welcher Menge gekauft werden, gibt es auch hier nicht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Sexspielzeug jedweder Art in den unterschiedlichen Bereichen Anwendung findet und damit auch in den direkten Körperkontakt mit Männern kommt.

## Einsatz im Gesundheitsbereich

Neben der sexuellen Stimulation gibt es auch Produkte, die eine unterstützende Wirkung bei der Ausübung von Sexualität haben. Wenn wir Vakuumpumpen als Sextoys definieren,

finden diese vor allem Anwendung in der Behandlung der Erektionsstörungen und werden in dieser Hinsicht auch von der Sexualmedizin als eine Möglichkeit unter mehreren empfohlen:

> »Hierbei wird ein Plexiglaszylinder über den Penis gestülpt und dann mittels Hand- oder Elektropumpe ein Vakuum erzeugt. Beim Erreichen der maximalen Rigidität wird ein Gummiring von dem Zylinder auf die Penisbasis abgestreift. Dieser verhindert den Blutabstrom. Das Vakuum kann jetzt abgelassen und der Plexiglaszylinder entfernt werden. Diese Behandlungsmethode wird erfahrungsgemäß v. a. von älteren Patienten in einer langfristigen stabilen Beziehung bevorzugt« [15].

Die Sexualmedizinerin und Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Beate Pech empfiehlt und zeigt Sextoys »den Frauen auf den entsprechenden Portalen auch mal gleich in der Sprechstunde«. Auf Nachfrage äußerte sie sich wie folgt:

> »Medizinisch verwenden wir vorwiegend Liebeskugeln für das Beckenbodentraining, Dilatatoren (bzw. Dildos) bei Vaginismus, Stenosen nach Operation/Bestrahlung, bei Dyspareunie. Die Frauen über 50 fragen häufig nach Erektionshilfen für ihren Partner, der auf keinen Fall einen Arzt aufsucht. Dann empfehlen wir Vakuumpumpen und Cockringe [Penisringe]« [16].

Die Unternehmen aus der Medizintechnik bieten hochpreisige Produkte an: Penispumpen bei Erektionsstörungen, Spezial-Spannungsringe für die Erhaltung der Erektion, Dilatatoren bei Vaginismus oder Therapiegeräte zur Behandlung von Orgasmusstörungen bei Frauen. Auf die Nachfrage bei den gesetzlichen Krankenkassen, ob diese Kosten im Bedarfsfall von den Kassen übernommen werden, gab es keine konkreten Auskünfte. Dies hänge von der Indikation sowie dem Einzelfall ab. Hier stellt sich die Frage, ob die kostengünstigeren Produkte der Erotikunternehmen gleichwertige Verwendung finden können. Wissenschaftlichen Studien oder Empfehlungen liegen hierzu noch nicht vor.

### Gesundheitliche Risiken

Sexspielzeug wird selten mit einer detaillierten Gebrauchsanweisung geliefert. Einiges erklärt sich mit Sicherheit von selbst. Und es besteht auch beileibe nicht bei jeder Anwendung Verletzungspotenzial. Aber es gibt gesundheitliche Risiken, die bei einer sachgemäßen Anwendung ausgeschlossen werden können. Darüber wissen viele entweder nicht Bescheid oder nehmen bewusst das Risiko in Kauf. Penisringe können bei dauerhafter Benutzung irreversible Schäden an den Blutgefäßen hinterlassen. Sexspielzeug, das nicht für den Analbereich geeignet ist, kann in demselben verschwinden. Zu große Dildos oder Analplugs, die ohne eine vorherige Dehnung des Schließmuskels und ohne Gleitmittel eingeführt werden, können Fissuren hervorrufen. Zu heftige Bewegungen ebenso. Dazu kommen zahlreiche Verletzungsmöglichkeiten bei der Zweckentfremdung von Haushalts- und Heimwerkerutensilien. In den Medien finden sich dazu zahllose Beispiele:

- über das Genital gestreifte Schraubschellen für Abwasserrohre, die sich nicht mehr abnehmen lassen
- geöffnete Flaschen, die sich durch Unterdruck festsaugen
- zum Dehnen eingeführte Billiardkugeln, die im Anus verschwinden
- in die Harnröhre eingeführte Ketten, Stifte oder Drähte, die sich nicht mehr entfernen lassen
- ein am Keilriemen des Autos verletzter Penis
- in das Staubsaugerrohr eingeführte und festgesogene Penisse
- Verbrennungen bei Selbstversuchen mit dem Reizstrom von Modelleisenbahnen

- eingeführte Spraydosen, bei denen sich im Körperinneren die Verschlusskappe gelöst hat
- Selbststrangulationen durch Tücher, Gürtel oder Klarsichtfolie

Diese Liste könnte endlos fortgesetzt werden. Hier soll vor allem die Vielfalt der Ideen auf der Suche nach erotischer Luststeigerung und das Gefahrenpotenzial dabei demonstriert werden. Einige Unternehmen bieten mittlerweile Informationsmöglichkeiten in Form von Texten oder Videos an. Auch werden die Produktbeschreibungen um Hilfestellungen bei der Anwendung erweitert. Im stationären Handel gibt es teilweise Kurs-Angebote zu unterschiedlichen Themen, unter anderem auch zu Sextoys. Das Unternehmen Orion hat eine Online-Sexualberatung etabliert, in der ich selber als Dipl.-Sexualpädagogin niedrigschwellig Fragen rund um das Thema Sexualität beantworte. Folgende Fragen finden sich hier im Zusammenhang mit Sextoys: Wie lange darf ein Penisring getragen werden? Was kann passieren, wenn das Blut zu lange gestaut wird? Worauf muss ein Mann bei der Anwendung einer Vakuumpumpe achten? Was passiert, wenn ein Gegenstand im Anus verschwindet? Wie wirkt sich das dauerhafte Tragen eines Peniskäfigs auf die Fruchtbarkeit aus? Kann Zahnungsgel die Ejakulation hinauszögern?

Ein anderer Aspekt ist das Gesundheitsrisiko durch Schadstoffe. Das Magazin »Öko-Test« hat im April 2012 22 lustfördernde Produkte getestet, darunter Vibratoren, Dildos und Liebeskugeln. Fazit: »Hochpreisig und hochbelastet. Inzwischen setzen viele Hersteller auf Silikon statt der billigen, aber problematischen Kombination aus PVC und (Phthalat)-Weichmachern. Doch leider ist auch das keine Garantie dafür, dass die Spielsachen schadstofffrei sind.« Nur zwei der 22 Produkte konnten uneingeschränkt empfohlen werden. Selbst bei teuren Marken fanden sich Schadstoffe wie Dibutylzinn (DBT), das als fortpflanzungsgefährdend und fruchtschädigend eingestuft ist [17]. Nachdem 2007 der erste Öko-Test mit dem Sexspielzeug von Orion durchgeführt worden war, hatte das Unternehmen auf die Ergebnisse direkt reagiert. In Zusammenarbeit mit dem Bureau Veritas und dem TÜV wurden die Schadstoff-belasteten Artikel überarbeitet. Orion gab auf Anfrage folgende Auskunft:

> »Wir haben bereits zwischen 2009 und 2011 alle PVC-Produkte, welche Phthalat-haltig sind, überarbeitet. Einige sind jetzt aus Phthalat-freiem PVC (entsprechend der EU-Spielzeugrichtlinie), andere aus TPE (Thermoplasische Elastomere) oder TPR (Thermoplastic Rubber/Thermoplastischer Gummi). Die Umstellung war sehr teuer, für uns aber alternativlos. Die Materialien TPE und TPR spielen eine große Rolle, da diese günstiger sind als Silikon. TPE ist zudem deutlich elastischer als Silikon. Ein Verbot von Phthalaten in allen körpernahen Produkten wäre sinnvoll« [18].

## Hygiene

Beim gemeinsamen Gebrauch von Sextoys besteht die Möglichkeit, sich mit sexuell übertragbaren Infektionen (STI) anzustecken. Das gilt für den Bereich Sexarbeit, aber auch für Swingerclubs und sonstige sexuelle Zusammenkünfte, bei denen nicht auf die Einhaltung von Safer Sex geachtet wird. Sextoys kommen in der Regel mit Körperflüssigkeiten wie Speichel, Sperma, Vaginal- und Analsekret oder Blut in Kontakt. Daher sollten sie besonders gereinigt oder mit Kondomen überzogen werden. Im Fachhandel gibt es spezielle Reinigungsmittel. Hygiene ist wichtig, denn

> »Scheidensekret und Sperma bieten einen unwahrscheinlich guten Nährboden für Mikroorganismen. Diese sammeln sich in Rillen, Materialporen und anderen schlecht erreichbaren Bereichen von Sexspielzeugen an. Besonders

> Spielzeuge aus porigen Kunststoffen, wie Super-/Cyberskin oder Gummi- und Jellymaterialien bieten Bakterien, Keimen und Pilzen hervorragenden Platz, um sich auszubreiten. Wird ein Erotikspielzeug einige Tage, Wochen und Monate achtlos und ungereinigt gelagert und später wieder in die Scheide eingeführt, kann es zur Infektionen, zu Entzündungen und zur Störung der Scheidenflora und der Harnwege kommen. Ebenso können bei Männertoys Harnwegsinfekte auftreten« [19].

In diesem Hygiene-Ratgeber für Sextoys werden zwar gezielt Männertoys angesprochen. Gibt man im Internet die Stichworte »Sextoys und Hygiene« ein, findet man sonst aber vor allem Informationen zu Sextoys für Frauen. Ansonsten wird Hygiene eher im Zusammenhang mit Safer Sex und STI erwähnt und weniger in Bezug auf Keime aus dem eigenen Körper. In diesem Bereich fehlt vor allem die Information, dass Sextoys nach dem Gebrauch im Analbereich ohne Schutz oder Reinigung aufgrund der Bakterien im Darm nicht direkt im Vaginalbereich Anwendung finden dürfen.

Die Sexualpädagogin Daniela Stegemann hat eine Informationsbroschüre erarbeitet, die sich an Menschen aller Geschlechter und aller sexueller Orientierungen richtet [20]. Hier werden ganz genaue Anweisungen gegeben, wie mit den unterschiedlichen Toys umgegangen werden soll:

- Die Toys nicht zwischen den Personen wechseln.
- Die Toys durch Kondome, Fingerlinge oder Haushaltsfolie schützen.
- Die Toys nach der Benutzung auswaschen, auskochen, gegenenfalls unter Verwendung von Lederwaschmitteln.

## Anwendung in der partnerschaftlichen Sexualität

Nähe und Zärtlichkeit, Erotik und Lust bekommen eine neue Bedeutung, wenn wir die Auffassung von Sexualität über den reinen Geschlechtsakt und die Lust hinaus um den Beziehungsaspekt erweitern. Es geht nicht nur um die pure Lust und schon gar nicht um den perfekten Körper. Es geht um Intimität und Nähe. Es geht auch darum, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse überhaupt erst einmal zu entdecken und mitzuteilen. Es ist erstaunlich, wie wenig oft langjährige Paare über die eigenen Wünsche und die des anderen wissen. Es geht darum, die Möglichkeiten anderer sexueller Praktiken aufzuzeigen, um damit die Erlebniswelt zu erweitern und um Entspannung zu ermöglichen. Es geht darum, deutlich zu machen, dass es Frauen gar nicht so sehr um die Erektion, sondern um die emotionale und zärtliche Verbindung zum Partner geht, um dadurch auch die Lust am Ausprobieren und das Entdecken sinnlicher Genüsse zu wecken. Und es geht vor allem auch darum, den Mann vom Druck des »Funktionieren-Müssens« zu befreien. Dabei kann auch erotisches Spielzeug in die Lust miteinbezogen werden. Bleibt eine Erektion aus, sei es aus Leistungsdruck oder aufgrund einer Prostata-OP, stellt sich für viele Männer die Frage nach der Befriedigung der Frau. Die Sexualmedizin konzentriert dabei sich auf die Wiederherstellung der Erektion. Hier muss aber auch auf andere Möglichkeiten der Befriedigung aufmerksam gemacht werden!

Männern fehlt häufig der Zugang zu anderen Arten von Sinnlichkeit und vor allem der zum eigenen Körper. Viele ältere Männer sind mit einer Sexualmoral aufgewachsen, die Sexualität als eine Angelegenheit betrachtete, »die nur in der Liebe ihre wahre Erfüllung finden konnte, alles andere galt als schmutzig. Liebe veredelte das ›tierische Geschehen‹, Verlobung adelte die Sexualität, Ehe setzte ihr die Krone auf« [21]. Die Auswahl an sexuellen Praktiken ist oftmals sehr eingeschränkt. Und so stimulieren sich nur zwei Drittel der über 50-Jährigen gegenseitig manuell an den Genitalien. Auch Oralverkehr findet weniger Verbreitung in den älteren Jahrgängen als in

den jüngeren [22]. Hier spielt sicherlich auch noch das alte »Dampfkesselmodell« eine Rolle. Sex wird als eine Art Dampfablassen angesehen: Kurz und knapp, routiniert, dabei wenig lustvoll [23]. Aber auch unter jüngeren Männern grassiert die physiologisch nicht haltbare Vorstellung vom Samenstau. Dass die Partnerin wenig Interesse daran verspürt, hier als eine Art Auffangbecken zu dienen, ist wohl nachvollziehbar. Deshalb ist es umso wichtiger, deutlich zu machen, dass Sex eine Form der Kommunikation ist, ein Ausdruck von Liebe und Intimität. Und nur dann, wenn wir uns dabei gut, aufgehoben, angenommen und akzeptiert fühlen, entfaltet Sexualität ihre gesundheitsfördernde Wirkung. Vor allem gilt es, auf beiden Seiten zu entlasten, sowohl vom Penetrations- als auch vom Orgasmusdruck.

Dazu gehört auch, sich mit dem eigenen Körper und dem des anderen zu beschäftigen. Und dazu gehört auch, sich auszutauschen und gemeinsam herauszufinden, was Lust bereiten kann. Es macht Spaß, gemeinsam herauszufinden, welche Berührungen erregend sind und welche Fantasien man ausprobieren möchte. Ehrlichkeit dem Partner oder der Partnerin gegenüber ist dabei sehr wichtig. Wünsche und Befürchtungen sollten angesprochen werden und fördern dabei auch die Kommunikation innerhalb der Partnerschaft über Sexualität. Wichtig ist, dass sich beide Partner damit wohlfühlen und Lust am Ausprobieren haben. Der Koitus sollte dabei nicht im Mittelpunkt stehen. Deshalb ist es auch eine gute Möglichkeit, für eine Zeit lang bewusst ganz darauf zu verzichten und zu entdecken, wie man sich gegenseitig auf anderen Wegen Lust und Höhepunkte verschaffen kann. Humor steht dabei ganz weit oben auf der To-Do-Liste. Denn Sexualität soll Spaß machen. Und nicht immer weiß man gleich, wie etwas funktioniert oder was man damit machen soll. Ausprobieren und wenn es nicht klappt, darüber lachen und weitermachen.

An dieser Stelle muss allerdings auch deutlich gesagt werden, dass Sextoys nur eine Erweiterung der sexuellen Möglichkeiten sind. Voraussetzung ist eine intakte Beziehung. Beate Pech äußert sich dazu wie folgt:

> »Sie [die Verfasserin des Beitrags] haben Recht, dass der Druck auf beiden Seiten immens hoch ist und es viele Informationsdefizite gibt. Die syndyastische Sexualtherapie zielt ja gerade darauf ab, die ›Beziehungslust‹ zu fördern und den spielerischen Umgang mit Sexualität und Intimität wieder zu erlangen. Dazu ist der spielerische Einsatz von Sextoys auch eine Option, aber eher dann das i-Tüpfelchen nach Wiedererlangung eines normalen, stressfreien Umgangs mit Sexualität. Davon sind die meisten Paare, die wir sehen, meilenweit entfernt. Zuerst muss die Fixierung auf Penetration und Orgasmus als einzig wahre und erstrebenswerte Sexualität aufgelöst und Sexualität als ›gemeinsames Werk‹ gesehen werden. Oder wie Prof. Loewit sagt: ›Als körpersprachlicher Ausdruck der Paarkommunikation‹« [24].

Zur Erläuterung: Die syndyastische Sexualtherapie »kümmert sich um das ›Ganze‹: Den einzelnen Partner und das Paar, die Qualität der Beziehung und der in ihr gelebten Sexualität, die Verbindung von Lust und Beziehung« [25].

## Handlungsempfehlungen

### Handlungsempfehlungen für Information und Bildung

Das Geschäft mit Sexspielzeug boomt weitestgehend abgeschnitten von wissenschaftlicher Forschung und Aufklärung. Wir brauchen jedoch mehr Aufklärung über die sachgemäße und lustvolle Anwendung von Sextoys. Und wir brauchen Studien darüber, wie sich zunehmende Verbreitung von Sexspielzeug auf das persönliche Erleben von Sexualität auswirkt. Was passiert, wenn sich Sexualität immer mehr auf das schnelle Erreichen eines Höhepunk-

tes reduziert? Welche Folgen hat der anonyme Kauf von Sexspielzeug? Wie wirkt sich der Gebrauch von Vibratoren auf die sexuelle Empfindsamkeit aus? Können Sextoys auch andersherum gerade für die Sensibilisierung eingesetzt werden? Was macht es mit einem Paar, wenn die Partnerin nur mithilfe ihres Vibrators zum Höhepunkt kommt?

Wir können heute alles im Internet nachlesen. Zahllose Informationsseiten und Ratgeber informieren über Stellungen, Sexpraktiken, Verhütungsmittel, Do's and Don'ts beim Sex, das erste Mal, den Orgasmus, sexuelle Funktionsstörungen usw. Zu jedem erdenklichen Thema gibt es ein Forum, in dem sich Betroffene und Interessierte austauschen können. Relevante medizinische Fragen bleiben dabei jedoch offen bzw. werden unzureichend oder sogar falsch beantwortet. Da sich das Geschäft zunehmend auf den Online-Bereich konzentriert, entfällt auch die persönliche Beratung durch qualifizierte MitarbeiterInnen in den Geschäften des Einzelhandels. Konkrete Fragen, wie zum Beispiel zur Anwendung von Penisringen, Penispumpen oder Produkten aus der Analerotik können nicht geklärt werden. Das kann die Gefahr von Verletzungen auch im Bereich der Autoerotik erhöhen. Sinnvoll wären hier ein offizielles Informationsportal bzw. fundierte und allgemein zugängliche Informationsbroschüren, in denen über die richtige Anwendung und auch die Risiken beim Gebrauch von Sexspielzeug aufgeklärt wird.

## Empfehlung für Politik

Unter der Überschrift »Gesundheitliche Risiken« wurde auf die gesundheitsschädliche Wirkung von sogenannten Weichmachern hingewiesen: Fortpflanzungsgefährdend und fruchtschädigend. Hierbei gilt:

> »Zu den fatalen Wirkungen kommt es nicht sogleich. Werden die Substanzen jedoch über einen längeren Zeitraum aufgenommen, sammeln sie sich im Körper an. Das kann in bestimmten Fällen auch über Hautkontakt geschehen – vor allem dann, wenn es sich um oft benutzte Gegenstände handelt« [26].

Sexspielzeug kommt jedoch nicht nur mit der Haut, sondern vor allem auch mit den Schleimhäuten in Kontakt. Über die Produkte gezogene Kondome können diesen direkten Kontakt verhindern. Das ist jedoch nicht immer möglich. Und vielen auch gar nicht bekannt, vor allem, wenn auf die Verwendung dieser Schadstoffe nicht ausdrücklich hingewiesen wird. Die EU-Kommission hat den Einsatz einiger als besonders biologisch wirksam eingestufter Phthalate in Kinderspielzeug, Babyartikeln, Kosmetika oder Lebensmittelverpackungen inzwischen verboten [27]. Es wäre darüber nachzudenken, ob ein solches generelles Verbot auch für den Vertrieb von Sexspielzeug sinnvoll wäre. Phthalat-haltige Produkte sollten durch Phthalat-freie ersetzt werden.

## Schlussfolgerungen

Sextoys kann man verteufeln, Sextoys kann man als Konsumgut abtun, Sextoys kann man ignorieren. Aber eines sollte man dabei nicht vergessen: Es gibt sie und zwar in rauen Mengen. Und sie machen etwas mit uns. Sie sind heute weder aus der partnerschaftlichen Sexualität noch aus der Autoerotik wegzudenken. Auf der anderen Seite setzt die Fixierung auf Erektion und Koitus Männer wie Frauen unter Druck. Wenn wir es schaffen, den Fokus jenseits vom Geschlechtsverkehr auf eine spielerische, weniger genitalzentrierte Sexualität zu richten, wenn die männliche Erektion nicht mehr maßgeblich verantwortlich ist für eine erfüllte Sexualität und von diesem Druck befreit wird, kann Sexspielzeug eine sinnvolle Erweiterung der sinnlichen Genüsse darstellen. Es bietet sich die Chance auf mehr Zärtlichkeit, auf mehr Intimität, Nähe und Befriedigung. Dazu brauchen wir jedoch For-

schung und Aufklärung. Beschreiten wir also neue Wege jenseits der genitalen Begegnung, entdecken wir unsere Lust am ganzen Körper und nehmen endlich den Druck raus! Wer die genital praktizierte Sexualität um neue Erfahrungen bereichern möchte, hat mit der Welt der vielen bunten Sextoys eine ganze Bandbreite an Möglichkeiten zur Verfügung. Niemand, der nicht möchte, muss. Aber jeder, der Lust hat, kann!

## Literatur


1 Sigusch V. Sexualitäten: Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten. Frankfurt am Main: Campus; 2013:329.
2 Wikipedia: Sexspielzeug. [zitiert am 12.4.2016]. https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Sexspielzeug&direction=prev&oldid=155383030.
3 ORION Versand GmbH & Co. KG. https://www.orion.de/themenwelt/16-prostata.
4 Orion. Email vom 31.03.2016.
5 Uhse B, Pramann U: »Ich will Freiheit für die Liebe«. Beate Uhse. München, Econ Ullstein List; 2001:112ff.
6 Orion. Email vom 31.03.2016.
7 Dummer N. Beate Uhse, Eis.de, Amorelie. Die Renaissance des Erotikhandels. Wirtschaftswoche online. [zitiert am 29.6.2016]. http://www.wiwo.de/unternehmen/handel/beate-uhse-eis-de-amorelie-die-neue-kundschaft/11838356-2.html.
8 Beate Uhse Aktiengesellschaft. Geschäftsbericht; 2015: 2–6.
9 Hedtstück M. Krise bei Beate Uhse eskaliert. Finance. 2.2.2016 [zitiert 20.6.2016]. http://www.finance-magazin.de/strategie-effizienz/kosteneffizienz/krise-bei-beate-uhse-eskaliert-1372831/.
10 Meixner S. Orion-Versand: Umsatz geht nach starkem Vorjahr zurück. neuhandeln.de. 23.6.2015 [zitiert am 20.6.2016].
11 Orion. Email vom 31.03.2016.
12 Beate Uhse. Email vom 31.03.2016.
13 Camrath J. Amorelie: Ein Start-up für die Liebe. The Wall Street Journal. 22. 8. 2014 [zitiert am 29.6.2016]. http://www.wsj.de/nachrichten/SB10001424052970203679204580107223229716244.
14 Welke S. Enthüllt! So beliebt ist Sexspielzeug wirklich. Amica. [zitiert am 4.4.2016]. http://www.amica.de/liebe-psychologie/liebe-sex/heisser-blick-in-deutschlands-betten-enthuellt-so-beliebt-ist-sexspielzeug-wirklich_id_3727022.html.
15 Briken P, Berner M. Praxisbuch Sexuelle Störungen: Sexuelle, Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen. Stuttgart: Georg Thieme; 2013:147.
16 Dipl.-Med. Beate Pech. Email vom 05.01.2016.
17 Öko Test. (Hrsg.). Vibratoren und anderes Sexspielzeug. ÖKO-TEST April 2012 [zitiert am 15.4.2016]. http://www.oekotest.de/cgi/index.cgi?artnr=99747&bernr=06&seite=01.
18 Orion. Email vom 21.04.2016.
19 o.V. Sextoy – Hygiene Ratgeber: Lagerung, Sauberkeit & Pflege, Ratgeber Sextoy Hygiene, Sexspielzeug will gepflegt und vernünftig gelagert werden. Lovetoytest.net [zitiert am 4.4.2016]. http://www.lovetoytest.net/sextoy-infos/dildo-vibrator-hygiene.
20 Stegemann D. Safer Sex – und wie machst du das so? Ein Handbuch. Osnabrück: Individualdruck; 2015:28–30.
21 Kolle O. Die Liebe altert nicht. Erfüllte Sexualität ein Leben lang. Düsseldorf: Econ ;1997:13.
22 von Sydow K, Seiferth A. Sexualität in Paarbeziehungen. Göttingen: Hogrefe;2015:9.
23 Schmidt G. Das neue Der Die Das. Über die Modernisierung des Sexuellen. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2005:43.
24 Beier KM, Loewit K. Praxisleitfaden Sexualmedizin: Von der Theorie zur Therapie. Berlin Heidelberg: Springer; 2011:17.
25 Beier KM, Loewit K. Praxisleitfaden Sexualmedizin: Von der Theorie zur Therapie. Berlin Heidelberg: Springer; 2011:V.
26 von der Weiden S. Die unsichtbare Gefahr aus dem Plastikmüll. Die Welt. 24.2.2014 [zitiert am 15.4.2016]. http://www.welt.de/gesundheit/article125155672/Die-unsichtbare-Gefahr-aus-dem-Plastikmuell.html.
27 Umweltbundesamt (Hrsg.). Phthalate. Die nützlichen Weichmacher mit den unerwünschten Eigenschaften. Februar 2007 [zitiert am 15.4.2016]. http://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/3540.pdf.

# *Kapitel 4*

## Medizinische Belastungsfaktoren für die männliche Sexualität

# 4.1 Organische Grundlagen der männlichen Sexualität

*Theodor Klotz*

**Zusammenfassung**
Die Kenntnis der Anatomie und Physiologie ist für eine Betrachtung von »Männlicher Sexualität« unabdingbar. Die Anatomie des Penis und die Physiologie der Erektion sind zwar komplex, jedoch mittlerweile gut verstanden. Das Zustandekommen einer Erektion ist primär ein vaskulärer »Hochleistungsvorgang«, der abhängig von einer intakten nervalen und zellulären Kommunikation ist. Auch hier verstehen wir in weiten Bereichen die Vorgänge und können sie gezielt beeinflussen, wie der Einsatz von PDE5-Inhibitoren belegt. Diese wirken erektionserleichternd über einen definierten physiologischen enzymatischen Mechanismus. Allerdings müssen die Regulationsvorgänge für eine glattmuskuläre Relaxation prinzipiell intakt sein. Dies erklärt, warum eine chronische Schädigung der glatten Muskulatur und/oder der nervalen Steuerung des Schwellkörpers zu schwer behandelbaren Erektionsstörungen führt (siehe hierzu Kapitel 4.3).

Der Koitus selbst unterliegt einer breiten individuellen Variabilität und folgt verschiedenen Phasen. Die Koitushäufigkeit unterliegt Schwankungen gemäß den Lebensdekaden und der Dauer einer Partnerschaft. In der Regel werden Koitushäufigkeit und Koitusdauer deutlich überschätzt.

**Summary: Organic prerequisites of male sexuality**
For a consideration of male sexuality, the knowledge of anatomy and physiology is indispensable. The anatomy of the penis and the physiology of erection are complex, but well understood meanwhile. The occurance of an erection is primarily a vascular »high performance operation«, which is dependent on an intact neural and cellular communication.

Again, the most part these processes are well understood and can be influenced directly – as shown by the use of PDE5 inhibitors. Those have an effect of facilitating the erection via a defined physiological enzymatic mechanism. However, the regulatory mechanisms for a smooth muscle relaxation have to be basically intact. This explains why a chronic injury of the smooth muscle and/or a harmed neural control of the cavernous lead to erectile dysfunction difficult to treat (see section 4.3).

Coitus itself is subject to a wide variability and follows different phases. Depending on the decades of life and the duration of a partnership the frequency of intercourse fluctuates. The frequency and duration of intercourse is usually overestimated by far.

---

## Einleitung

Natürlich beschäftigt sich ein Gesundheitsbericht mit dem Fokus »Männliche Sexualität« primär mit den komplexen sozialen und individuellen Facetten und Auswirkungen von Sexualität und weniger mit den physiologischen und organischen Gegebenheiten. Dennoch wurde die spezifische Beschäftigung mit männlicher Sexualität durch zwei »klassisch medizinische Entwicklungen« der letzten 20 Jahre vorange-

trieben. Zum einen mit dem Aufkommen einer meist von Männern sexuell übertragenen Erkrankung »HIV – Aids« und zum anderen durch die Zulassung einer spezifischen Medikation zur Behandlung von Erektionsstörungen »Viagra®« bzw. »Sildenafil«. So unterschiedlich beide Ereignisse zu bewerten sind, so unstrittig ist, dass beide Ereignisse Kondensationskerne darstellen, um »Männliche Sexualität« in ihren vielen Facetten aus der Tabuisierung herauszuführen. In Folge davon besteht erst seit ca. 15 Jahren eine sich verbreiternde interdisziplinäre Forschung zum Thema »Männliche Sexualität«. Basis für das Verständnis und die Grundlage für ein Berichtswesen zum Thema Sexualität sind jedoch die anatomischen und physiologischen Gegebenheiten, auf die im Folgenden in propädeutischer Form kurz eingegangen werden soll.

## Anatomie der männlichen Geschlechtsorgane

### Anatomie des Penis

Penis und Skrotum stellen die »äußeren« männlichen Geschlechtsorgane dar. Am Penis unterscheidet man die fest an Beckenboden und Beckenskelett verankerte Peniswurzel und den frei beweglichen Penisschaft. Der Penisschaft ist zum Teil am Schambein über das Ligamentum suspensorium verankert und besteht aus zwei symmetrisch angelegten Penisschwellkörpern (Corpora cavernosa), die wiederum am Periost (Knochenhaut) der beiden Schambeinäste fixiert sind. Beide Schwellkörper reichen von den Schambeinästen bis unter die Eichel (Glans penis). Unterhalb der Corpora cavernosa befindet sich mittig der unpaarige Harnröhrenschwellkörper (Corpus spongiosum), in dem die Harnröhre eingebettet ist und der die Eichel bildet. Der gleichzeitige Einschluss von Samen- und Harnröhre, zusammen mit den zur Erektion notwendigen Teilen in einem Organ, bedingen den komplexen Aufbau des Penis [1, 2].

Für das Zustandekommen einer Erektion ist die Blutfülle in den paarigen Penisschwellkörpern verantwortlich. Diese Blutfülle entsteht durch einen vermehrten Blutzufluss aus paarig angelegten Arterien bei gleichzeitig vermindertem Blutabfluss über die Venen am Rand der Schwellkörper. Die Arterien laufen zentral innerhalb der Schwellkörper als Arteriae profunda penis und oberflächlich auf dem Penisrücken in einer Faszienplikatur als Arteriae dorsalis penis. Kennzeichnend für die Zentralarterien ist die Fähigkeit, in sehr kurzer Zeit den Blutfluss durch Relaxation der glatten Wandmuskulatur steigern zu können. Diese Fähigkeit ist in keinem anderen menschlichen arteriellen Gefäßsystem in dieser Weise vorhanden.

Der venöse Abfluss erfolgt über die Schwellkörpersinusoide in sogenannte Venae emissariae, die die Tunica albuginea perforieren. Mehrere Venae emissariae münden in die Vena circumflexa bzw. Vena dorsalis profunda, die sich wiederum in dem Venenplexus Santorini vereinigen. Der weitere Abfluss erfolgt über die Vena pudenda und Vena iliaca interna. Die individuelle Variabilität ist sehr groß. Während der Erektion kommt es durch die feste Tunica albuginea zu einer Verringerung des venösen Abflusses durch die Kompression der Venae emissariae [2, 3, 4].

Die Schwellkörper selbst bestehen, stark vereinfacht beschrieben, aus einem Schwammwerk von endothelausgekleideten Hohlräumen und den elastischen Bindegewebsnetzen mit glatten Muskelzellen (Trabekel), die die Endäste der Rankenarterien enthalten. Eine feste, bindegewebige Hülle (Tunica albuginea) umgibt die Schwellkörper und fixiert ihre Form. Im proximalen Teil werden die Schwellkörper von den willkürlich und unwillkürlich steuerbaren Musculi ischiokavernosi umgeben. Die Kontraktion dieser Muskelgruppe kann die Druckverhältnisse innerhalb des Corpus cavernosum vor allem während der Erektion beeinflussen [5].

Das Corpus cavernosum penis besteht aus einem Maschenwerk glatter Muskelzellen und Bindegewebsfasern, die von Endothelzellen be-

deckt sind. Die glatten Muskelzellen nehmen ca. 45% des gesamten Volumens ein. Ultrastrukturelle Untersuchungen der glatten Muskelzellen zeigen dünne, intermediäre und dicke Filamente. Die dünnen Filamente bestehen hauptsächlich aus Aktin, während die dicken Filamente aus Myosin und die intermediären Filamente entweder aus Desmin oder Vimentin bestehen. Mit diesen verschiedenen Komponenten wird ein Hohlraumsystem gebildet (Cavernae corporum cavernosum), dessen Kavernen im nicht erigierten Zustand spaltförmig sind. Durch eine Relaxation der glatten Muskulatur im Rahmen einer Erektion und dem damit verbundenen Bluteinstrom vergrößern sich diese Hohlräume auf Durchmesser von mehreren Millimetern [1, 2].

Die Glans penis wird durch den Harnröhrenschwellkörper (Corpus spongiosum) gebildet. Sie ist reichlich mit sensiblen Nervenenden versorgt, die die für die Erektion und Ejakulation wichtigen afferenten Reize übermitteln. Die sensiblen Nerven laufen unter anderem mit Begleitgefäßen (Aa. dorsalis penis) entlang des Penisrückens zur Glans.

Zwar vergrößert sich während der Erektion die Glans penis, sie erreicht jedoch nicht die Rigidität (Härte) der Penisschwellkörper. Dies liegt daran, dass sich während der Erektion im Bereich des Harnröhrenschwellkörpers gleichzeitig Blutzufluss und -abfluss erhöhen. Es kommt durch die im Bereich der Glans penis fehlende feste Bindegewebshülle nicht zu einer Drosselung des venösen Abflusses.

Die Penishaut umgibt den Penis locker und ist gut verschieblich. In ihr verlaufen ebenfalls Gefäße und sensible Nerven. Durch eine Umschlagfalte der Penishaut wird das Präputium (Vorhaut) gebildet, welches über das Frenulum an die Glans angeheftet ist. In diesem Bereich besteht die höchste Reizbarkeit für sexuelle sensible Impulse. Die Vorhaut schiebt sich normalerweise bei der Erektion vollständig hinter die Eichel zurück.

### Physiologie der Erektion

Eine Vielzahl von endogenen oder exogenen Reizen kann eine Gliedversteifung auslösen. Die Erektion selbst ist ein vaskuläres Ereignis, welches durch zentrale und periphere nervale Mechanismen gesteuert wird. Im nicht erigierten, flacciden Zustand sind die Rankenarterien und die glatte Muskulatur des Corpus cavernosum tonisch kontrahiert. Die Blutzufuhr in die Schwellkörper ist auf eine Menge von ca. 5 ml/min reduziert und dient nutritiven Zwecken. Für die Einleitung einer Erektion sind folgende Voraussetzungen notwendig:

1. Intakte periphere afferente und efferente Innervation des Penis und Schwellkörpers
2. Intakte arterielle penile Blutversorgung
3. Intakte venös-okklusive Mechanismen
4. Adäquate Reaktion der glatten Schwellkörpermuskelzellen

Die Kenntnis dieser Voraussetzungen für eine Erektion ist deshalb bedeutend, da hierdurch eine pathophysiologische Einordnung fast aller in der klinischen Praxis vorkommenden Formen einer erektilen Dysfunktion (ED) möglich ist.

*Grundsätzlich gilt: Die penile Erektion ist ein vaskulärer Vorgang und resultiert aus einem stark erhöhten arteriellen Zufluss bei gleichzeitig gedrosseltem venösem Abfluss.*

Am häufigsten wird die Erektion durch visuelle und taktile erotische Reize eingeleitet (siehe Tabelle 1). Dabei sind die individuellen Unterschiede sehr groß.

Kindheitserlebnisse, Erziehung und die ersten sexuellen Kontakte sind für die spätere Wertigkeit von erotischen Reizen prägend. Während manche Männer für eine vollständige Erektion eine mechanische Reizung durch die Hand der Partnerin/Partners benötigen, genügt bei anderen bereits der Anblick einer Kontur oder eine zarte Berührung. Auch ohne direkten erotischen Reiz kann es zu einer Gliedversteifung kommen. Landläufig bekannt ist zum Beispiel

*Tab. 1: Erektionstypologie [1]*

| Erektionstyp | Zeitpunkt | Bedeutung |
|---|---|---|
| Nächtlich | Regelmäßig während des REM-Schlafes* | Unklar – wahrscheinlich endogenes Training und Oxygenierung |
| Reflex | Direkte nervale Stimulation Rückenmark, Hypothalamus | Stimulationsexperimente – eher nicht physiologisch |
| Erotisch | Erotische Reize – visuell, taktil, akustisch etc. | Bereitschaft zur Penetration |

** REM: Rapid Eye Movement / REM Schlaf: Traumphase des Schlafes mit starken Augenbewegungen*

die »Morgenerektion«. Direkte elektrische Reizimpulse (z. B. iatrogen – im Rahmen von Operationen) entlang der nervalen Reizleitung (Rückenmark S3-S4, neurovaskuläre perioprostatische Bündel) können »quasi« als Reflex eine Erektion auslösen. Auch während des Schlafs kommt es beim gesunden Mann zentralnervös getriggert im Laufe der Nacht zu 4–6 Erektionen. Nach neueren Untersuchungen dienen die nächtlichen Erektionen zur Oxygenierung des Schwellkörpers und damit zum Erhalt der Integrität der glattmuskulären Elemente. Ein typisches Zeichen des Alterungsprozesses im Bereich des penilen Schwellkörpers ist daher die Abnahme der Anzahl und Stärke der nächtlichen Erektionen bzw. der Morgenerektion [6, 7, 8].

Erotische Reize werden individuell variabel im sensorischen Anteil des Gehirns (Cortex) bewertet und umgeschaltet und dann im Hypothalamus bzw. limbischen System weiterverarbeitet. Dabei konnten der Nucleus paraventricularis und die Area präoptica medialis als entscheidende Hirnnervenkerne für die Auslösung einer Erektion identifiziert werden. Durch die Stimulation dieser Regulationszentren kommt es in Abhängigkeit von den triggernden Reizen zur Freisetzung von einer Vielzahl von erektionsfördernden oder erektionshemmenden Neurotransmittern. Je nach lokaler Verteilung der post- und präsynaptischen Rezeptoren weisen eine Reihe von Transmittern sowohl erektionsfördernde als auch erektionshemmende Eigenschaften auf (siehe Tabelle 2, [9–12]).

## Nervale und zelluläre Steuerung der Erektion

Sensible afferente Reizempfindungen werden über den Nervus pudendus nach zentral vermittelt. Nach zentraler Verarbeitung dieser Reize werden efferente nervale Impulse vom Gehirn über thalamo-spinale Bahnen in das Rückenmark weitergeleitet und in sympathischen und parasympathischen Zentren umgeschaltet. Entscheidende Bedeutung hat das parasympathische Erektionszentrum im Sakralmark S2-S4. Aus den Vorderhörnern gelangen die parasympathischen Nervi erigentes über die periprostatischen neurovaskulären Bündel zum Corpus cavernosum. Zu den neurovaskulären Bündeln gesellen sich im Bereich der Samenblasenspitzen sympathische inhibitorische Fasern aus dem Plexus hypogastricus inferior.

Als entscheidender Mediator für die Erektion wurde vor einigen Jahren Stickstoffmonoxyd (NO) identifiziert. Durch NO kommt es zu einer Dilatation der penilen arteriellen Gefäße und zu einer Relaxation der glatten kavernösen Muskelzellen. Der arterielle Einstrom in die Schwellkörper nimmt um ein Vielfaches (ca. 5- bis 15-fach) zu. Die zunehmende Füllung der Corpora cavernosa spannt die Tunica albuginea, wodurch es zu einer Kompressi-

*Tab. 2: Auswahl bekannter zerebraler erektionsbeeinflussender Transmitter [1]*

| Zentraler Transmitter | Erektionsförderung | Erektionshemmung |
|---|---|---|
| Serotonin | 5-HT1-Rezeptor | 5-HT2-Rezeptoren |
| Oxytocin | Zentral-N0-vermittelt | - |
| Dopamin | D-Rezeptoren | - |
| Noradrenalin | α1-Rezeptoren | α2-Rezeptoren |
| γ-Aminobuttersäure | - | Als Mediator |
| Stickstoffmonoxyd (NO) | Als Mediator | - |

on der durchtretenden Venen kommt. Damit wird der venöse Abstrom massiv gedrosselt.

Durch das Zusammenspiel von arterieller Zuflusssteigerung und venöser Abflussdrosselung steigt der intrakavernöse Druck auf über 100 mmHg an, da die Tunica albuginea nur begrenzt dehnungsfähig ist. Diese Drucksteigerung korreliert mit der Rigidität (= Gliedhärte) der Schwellkörper, die für eine Penetration beim Geschlechtsverkehr maßgebend ist. Die Regulation von Blutzufluss und -abfluss steht unter neuroregulatorischer Kontrolle, die vom Endothel und den glatten Muskelzellen ausgeht. Auf zellulärer Ebene ist die glattmuskuläre Relaxation entscheidend, die letztendlich über eine Enzymkaskade durch eine Erniedrigung der intrazellulären $Ca^{2+}$-Konzentration zustande kommt.

Fällt die zytoplasmatische $Ca^{2+}$-Konzentration unter $10^{7}$mol/l, wird der Schlüsselprozess der glattmuskulären Relaxation eingeleitet. Für die Therapie einer erektilen Dysfunktion ist das Verständnis der zellulären physiologischen Regelung einer Erektion maßgebend. Entscheidend ist die Relaxation der glatten Muskulatur in den arteriellen Gefäßen und Kavernen. NO selbst, als Hauptmediator der erektilen Funktion, wird von der Familie der NO-Synthasen bei der Umsetzung von L-Arginin und Kofaktoren (NADPH, Tetrahydrobiopterin, FAD etc.) gebildet. NO-Synthasen lassen sich immunhistochemisch gut in den begleitenden nervalen Strukturen des Schwellkörpers nachweisen.

NO aktiviert die lösliche Guanylatzyklase (sGC). Die sGC stellt einen physiologischen Rezeptor für NO dar und katalysiert die Umwandlung von Guanosin-5‘-Triphosphat (GTP) zu zyklischen Guanosin-3‘5‘-Monophosphat (cGMP) und Pyrophosphat. Die Enzymgruppe der Phosphodiesterasen hemmt diesen Abbau in den jeweiligen Organsystemen (z. B. PDE5 in Corpus cavernosum). Aus diesem Grund erleichtern PDE5-Inhibitoren eine Erektion, erzwingen diese jedoch nicht [9–12].

## Koitushäufigkeit – Physiologischer Ablauf eines Koitus

Nachstehende Tabelle zeigt die durchschnittliche Koitusfrequenz in der BRD in festen Partnerschaften in Abhängigkeit vom Alter, wobei eine sehr hohe individuelle Variabilität besteht. Neuere Untersuchungen belegen weiterhin eine Abhängigkeit der Koitusfrequenz von der Dauer einer Paarbeziehung [2, 8, 13, 14].

Die altersassoziierte Abnahme der funktionellen Kapazität der Schwellkörper ist als normal zu betrachten und entspricht im Wesentlichen der altersassoziierten Abnahme der funktionellen Kapazität anderer Organe (siehe Tabelle 3).

Die Dauer eines durchschnittlichen Geschlechtsakts beträgt eher unter 10 Minuten. Die subjektiv erlebte Zeitdauer unterscheidet sich dabei von der objektiv gemessenen Zeit-

*Tab. 3: Durchschnittliche Häufigkeit eines Beischlafs in Abhängigkeit vom »Männeralter« bei stabiler Partnerschaft [1]*

| Alter | Häufigkeit |
|---|---|
| 20–25jährige Männer | 2–4x wöchentlich |
| 26–35jährige Männer | 1–2x wöchentlich |
| 36–45jährige Männer | 2–6x monatlich |
| 46–55jährige Männer | 2–4x monatlich |
| >56jährige Männer | 2–3x monatlich, wobei ca. 25% überhaupt keinen Geschlechtsverkehr mehr ausführen |

dauer erheblich. Im Allgemeinen wird die Zeitdauer von den Beteiligten (Mann und Frau) eher überschätzt. Neuere Studien gehen von einer mittleren Koitusdauer von ca. 7 Minuten aus. Vor- und Nachspiel können natürlich ein Vielfaches an Zeit beanspruchen. Zur Vereinfachung der Beschreibung eines Koitus haben Masters und Johnson bereits im Jahre 1967 eine Einteilung in vier Phasen geschaffen, die gut mit den organphysiologischen Vorgängen im Schwellkörper korrelieren und immer noch als aktuell bewertet wird (siehe Abbildung 1):

- Erregungsphase
- Plateauphase
- Orgasmus
- Entspannungsphase

Diese Einteilung lässt allerdings die psychischen Vorgänge außer Acht und beschreibt hauptsächlich das körperliche Geschehen. Die zeitliche Länge der einzelnen Phasen ist großen Schwankungen unterworfen. In jeder Phase kann es zu Störungen kommen. Probleme innerhalb der ersten drei Phasen manifestieren sich beim Mann in der Regel in Erektionsstörungen. Dies erklärt den hohen Stellenwert von Erektionsstörungen innerhalb der Betrachtung von männlichen Sexualstörungen.

### *Erregungsphase*

In der Erregungsphase steigt nach sexueller Stimulation die Blutfülle der Geschlechtsorgane. Beim Mann tritt durch die Relaxation der glatten Muskulatur in den penilen Arterien und Trabekeln eine vollständige Erektion ein. Das Ende der Erregungsphase fällt oft mit dem Beginn des eigentlichen Koitus, beispielsweise mit dem Einführen des Gliedes in die Scheide, zusammen. Hier entscheidet sich, ob eine Erektion ausreicht und es zur Fortsetzung des Beischlafs kommt oder ein erneuter Anlauf mit erneutem Aufbau einer sexuellen Spannung stattfinden muss. Der venöse Abfluss muss für eine ausreichende Rigidität möglichst gedrosselt werden. Die Penetration ist häufig mit Versagensängsten gekoppelt, die sich über die Gliedhärte bzw. nicht ausreichend reduzierten venösen Abfluss äußern. Versagensängste können zu einer Aktivierung von inhibitorischen sympathischen Impulsen führen, die eine komplette Rigidität bzw. Relaxation der glatten Muskulatur verhindern. Kann der Punkt des Eindringens erfolgreich überwunden werden, ist der weitere Koitusverlauf oft ungestört.

### *Plateauphase*

Wenn die sexuelle Stimulation fortgesetzt wird, kommen die Partner (bestenfalls beide) in die sogenannte Plateauphase. Die Genitalien sind maximal blutgefüllt. Eine erhöhte Muskelspannung findet sich am ganzen Körper. Im Falle eines Koitus steigern sich die Bewegungen und werden zunehmend unwillkürlich. Die Aktivierung der ischiokruralen Muskulatur erhöht den intrakavernösen Druck, was zu einer maximalen Rigidität führt. Die quergestreifte ischiokrura-

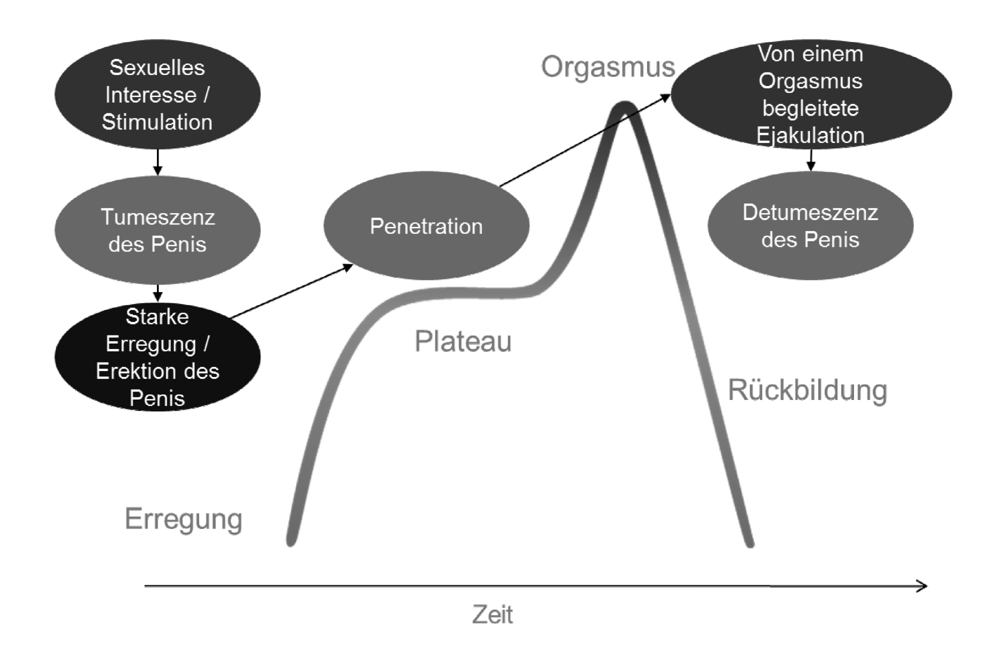



*Abb. 1: Phasen eines Koitus [15; modifiziert]*

le Muskulatur wird dabei sowohl willkürlich als auch unwillkürlich innerviert. Hier kann ein vorzeitiger Verlust der Gliedhärte durch verminderten Blutzufluss in den Penis oder gesteigerten Blutabfluss den Koitus beenden, wenn die zelluläre Relaxationskaskade (NO/cGMP/cGK) zusammenbricht. Da die Unterbrechung kurz vor dem Orgasmus erfolgt, kann der Beischlaf dann für beide Partner frustrierend sein.

### *Orgasmus*

Im Orgasmus kumuliert das sexuelle Lustgefühl. Die Ejakulation wird als Reflexantwort eingeleitet und kann nicht zurückgehalten werden. Die Bewegungen sind dabei im Allgemeinen unwillkürlich. Es kommt zu einer sympathisch getriggerten Kontraktion der glatten Muskulatur der Prostata und des Beckenbodens. Das Ejakulat, welches hauptsächlich aus Prostatasekret besteht (ca. 90%) wird in drei bis sieben Schüben ausgestoßen. Ejakulation und Erektion werden voneinander in weiten Teilen unabhängig reguliert, das heißt, eine Ejakulation ist auch ohne Erektion möglich bzw. auslösbar.

### *Entspannungsphase*

Die Entspannungsphase tritt beim Mann kurz nach dem Orgasmus ein. Meist erfolgt eine leichte Schweißsekretion besonders im Bauch- und Rückenbereich. Parallel erschlafft in der Regel der Penis und die Muskulatur entspannt sich. Es kommt zu einer Verringerung des penilen arteriellen Zuflusses und einer Tonisierung der glattmuskulären Elemente im Corpus cavernosum, wodurch sich der venöse Abfluss deutlich steigert. Die Rigidität des Penis nimmt deutlich ab, jedoch bleibt für längere Zeit eine erhöhte Tumeszenz bestehen. Während die Frau tatsächlich mehrere Orgasmen in kurzer Folge erleben kann, kommt es beim Mann nach Orgasmus und Ejakulation zur Gliederschlaffung und damit zum Ende des eigentlichen Geschlechtsakts. Nach einer individuell sehr unterschiedlichen Erholungszeit ist jedoch bei entsprechender erotischer Stimula-

tion ein erneuter Erektionszyklus bzw. Koitus möglich.

## Schlussfolgerung

Das Verständnis der physiologischen Vorgänge für eine Erektion hat sich in den letzten Jahrzehnten stark vertieft und zu einer »Entpsychologisierung« geführt. Noch in den 90er Jahren ging man davon aus, dass die Erektion ein primär psychischer Vorgang ist. Somit »musste« eine erektile Dysfunktion meist psychogen bedingt sein und die Behandlung konzentrierte sich damals auf psychotherapeutische Konzepte mit mehr oder weniger großem Erfolg. Die dahinterliegende nichtausgesprochene »gesellschaftliche« Annahme ging damals davon aus, dass ein Mann immer organisch sexuell »funktionieren« müsse. Heute wissen wir, dass auch die Erektionsfähigkeit, Ejakulation und Koitushäufigkeit den biologischen Gegebenheiten von Alter, Begleitmorbidität und zellulärer Degeneration, so wie viele andere Organfunktionen auch, gehorchen. Ca. 80% aller Erektionsstörungen sind primär organischer Natur (siehe Kapitel 4.3). Auf der Basis der anatomischen und physiologischen Erkenntnisse haben sich unter anderem bekannte medikamentöse Therapieoptionen (z. B. PDE5-Inhibitoren) entwickelt. Daraus ergibt sich weiterhin, dass zum Beispiel vaskuläre Begleitmorbiditäten wie koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus oder iatrogene Einflüsse/Therapien wie radikale Prostatektomie, Radiotherapie auf die männliche Erektion und Sexualität einen hohen Einfluss haben [13]. Über die Organphysiologie hinaus gibt es jedoch zahlreiche gesellschaftliche und partnerschaftliche Aspekte im Leben eines Mannes, die eine erfüllte männliche Sexualität ausmachen.

## Literatur


1. Klotz T. Erektile Dysfunktion – Ein Leitfaden für die Praxis. Ratgeber. Bremen: Uni-Med Verlag; 2005.
2. Porst H. Manual der Impotenz. Bremen: Uni-Med Verlag; 2000.
3. Derouet H, Osterhage J, Sittinger H. Erektile Funktionsstörungen Epidemiologie, Physiologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Urologe. 2004;A43:197–209.
4. Rao DS, Donatucci CF. Vasculogenic impotence: arterial und venous surgery. Urol Clin North Am. 2001;28:309–321.
5. Sommer F. VigorRobic® – Potenter durch gezieltes Fitnesstraining. Aachen: Meyer&Meyer; 2000.
6. Benet AE, Melman A. The epidemiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am. 1995;22:699–709.
7. Beutel ME, Hauck EW, Weidner W. Entwicklung des sexuellen Verhaltens beim alternden Mann. In: Böhm M, Jockenhövel F, Weidner W (Hrsg.), Männersprechstunde – gezielte Beratung und aktive Prävention. Heidelberg: Springer; 2004.
8. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: Results of the »Cologne Male Survey«. Int J Impot Res. 2000;12:1–7.
9. Andersson KE, Wagner G. Physiology of penile reaction. Physiol Rev. 1995;75: 91–236.
10. Bloch W, Klotz T, Sedlaczek P, Zumbe J, Engelmann U, Addicks K. Evidence of the involvement of endothelial nitric oxide synthase from smooth muscle cells in the erectile function. Urol Res. 1998;26:129–135.
11. Burnett AL, Role of nitric oxide in the physiology of erection. Biol Reprod. 1995;52:485–489.
12. Ching-Shwun L, Guitling L, Lue TF. Cyclic nucleotide signaling in cavernous smooth muscle. J Sex Med. 2005;2:478–491.
13. Jordan TB, Ernst R, Hatzichristodoulou G, Dinkel A, Klorek T, Beyrle C, Gschwend JE, Herkommer K. Paarsexualität 5 Jahre nach radikaler Prostatektomie. Urologe. 2015;54:1407–1413.
14. Schill WB, Bretzel RG, Weidner W (Hrsg.). Männermedizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis. München: Urban&Fischer; 2004.
15. Donatucci CF. Etiology of Ejakulation and Pathophysiology of premature ejaculation. J Sex Med. 2006;3:303–308.

# 4.2 Männliche Sexualität und Hormone

*Michael J. Mathers & Carl-Philipp Meyer*

**Zusammenfassung**
Die männliche Sexualität und Hormone stehen in ständiger Wechselwirkung, der individuelle Lebensstil beeinflusst beides maßgeblich. Ernährung, körperliche Aktivität, (Berufs)-Stress, Alkohol- und Nikotinkonsum, aber auch Noxen (z.B. Medikamente), sind hierbei als die entscheidenden Faktoren zu nennen, die Sexualität und Hormone – im Positiven wie im Negativen – entsprechend bedingen. In einer aufgeklärten Gesellschaft sollten diese zum Teil individuell beeinflussbaren Faktoren bekannt sein, damit jeder Mann die Möglichkeit hat, hierauf Einfluss zu nehmen. Der Beitrag gibt eine Übersicht über die Zusammenhänge zwischen männlicher Sexualität und Hormonen unter Berücksichtigung einer selektiven Literatursuche, die im Dezember 2015 über PubMed ohne rückwirkende zeitliche Beschränkung erfolgte.

**Summary: Male sexuality and hormones**
Male sexuality and hormones can influence each other, but an individual lifestyle can affect both. Nutrition, physical activity, (occupational)-stress, alcohol and nicotine consumption but also noxes (e.g. medical drugs) are to be mentioned as the decisive factors that influence sexuality and hormones – both positive and negative. In an informed society these individually modifiable factors should be known, so every man has the opportunity to influence his circumstances. The article gives an overview of relationships of male sexuality and hormones taking a selective literature search into account, which took place in December 2015 in PubMed without a retrospective time limit.

---

## Einleitung

Die normale männliche Sexualität ist sehr komplex und erfordert neben psychischen Faktoren ein kompliziertes Zusammenspiel von Körperfunktionen und Hormonen. Sowohl für die Libido als auch für die erektile Funktion sind die hierbei beteiligten Hormone von entscheidender Bedeutung. Zusammengefasst nennt man sie Androgene. Durch Beeinflussung der Androgene, beispielsweise durch den Lebensstil (körperliche Aktivität, Ernährung, Stress, Umweltnoxen), wird häufig auch die Sexualität verändert.

## Androgene

Androgene, ein Oberbegriff für die männlichen Sexualhormone, sind vornehmlich für die männliche Entwicklung und Sexualität (mit-)verantwortlich. Der wichtigste Vertreter ist Testosteron, welches zum größten Teil (ca. 95%) von den Leydig-Zwischenzellen im Hoden aus Cholesterin gebildet wird. Im Wesentlichen wird der restliche Anteil in der Nebenniere produziert. Am Ende der Pubertät ist die Testosteronkonzentration am höchsten und sinkt mit dem Älterwerden um ca. 0,4–2,0% pro Jahr ab [1].

Initial ist Testosteron hauptsächlich für die sexuelle Differenzierung und Entwicklung

zwischen Frau und Mann verantwortlich, im weiteren Lebensverlauf allerdings auch für eine Unterscheidung des Geschlechterverhaltens.

Testosteron ist bedeutend für die Entwicklung der Reproduktionsorgane (Nebenhoden, Samenbläschen und -leiter, Penis und Prostata). Zusätzlich sind Androgene eine Voraussetzung für die Pubertätsentwicklung, die männliche Zeugungsfähigkeit, die Entwicklung und Aufrechterhaltung der sexuellen Funktion, für den Muskel- und Knochenaufbau, den Fettstoffwechsel sowie die geistigen Fähigkeiten [2].

Testosteron beeinflusst die Freisetzung von bestimmten Botenstoffen (Neurotransmittern) vor allem aus verschiedenen Hirnstrukturen und leitet beispielsweise eine Erektion ein. Voraussetzung hierfür ist die Bindung des Testosterons an spezifische Rezeptoren, die selbst von den männlichen Geschlechtshormonen beeinflusst werden. Grundsätzlich ist für eine normale erektile Funktion ein Zusammenspiel von männlichen Hormonen und deren Wirkung an spezifischen Rezeptoren sowie eine Interaktion mit Botenstoffen aus dem zentralen Nervensystem notwendig.

Die Produktion von Testosteron im Hoden wird von der Hypophyse und dem ihr übergeordneten Hypothalamus gesteuert. Das rhythmisch ausgestoßene Gonadotropin-releasing-Hormon (GNRH) aus dem Hypothalamus regt die Produktion und Sekretion von luteinisierendem Hormon (LH) und follikelstimulierendem Hormon (FSH) an. LH bindet an spezifischen Rezeptoren in den Leydig-Zwischenzellen und bewirkt die Produktion von Testosteron. Beim Mann beträgt die tägliche Produktion ca. 6–7mg pro Tag [3].

Des Weiteren wird Testosteron mithilfe des Enzyms der Aromatase in Östradiol umgewandelt. Östradiol spielt nicht nur beim Knochenstoffwechsel eine entscheidende Rolle, sondern auch als Gegenspieler zum Testosteron bei der männlichen Sexualität.

## Kontraproduktive Hormone

Das Endokrine System ist sehr komplex und wirkt stimulierend, aber gleichermaßen auch inhibierend auf Körper- und Organfunktionen. Das heißt, es gibt zu jedem Hormon auch einen Gegenspieler, in der Regel ist es das Hormon oder das Produkt, welches durch das Hormon stimuliert wird. Wie oben bereits erläutert, stimuliert Luteinisierendes Hormon (LH) die Produktion von Androgenen, vor allem Testosteron, welches dann, nach dem Prinzip der negativen Rückkopplung, die Freisetzung von LH und Follikel-stimulierendes Hormon (FSH) in der Hypophyse inhibieren. Gleichermaßen können aber auch Hormone und hormonähnliche Substanzen die Produktion und Sekretion, das heißt die Freisetzung, modulieren. Dies gilt zum Beispiel für Hormone wie Dopamin, Serotonin sowie Adrenalin und Noradrenalin. Somit können auch Medikamente in direkter Form in die Regelkreise eingreifen, so zum Beispiel im Fall von Katcholamine, Glukokortikoide oder Dopaminagonisten, die sich auf die Sekretion des Gonatropin-Releasing-Faktors (GnRH) auswirken und somit die Libido und die Spermatogenese reduzieren. Aber auch indirekt kann es zu einer Beeinflussung der Sexualhormone kommen, wenn zum Beispiel exogene Einflüsse, wie Stress, dazu führen, dass Glukokortikoide (beim Menschen vorwiegend Kortisol) freigesetzt werden. Betrachtet man die für das weibliche Geschlecht relevanten Hormone, wie Östrogen, so zeigt sich beim Mann, dass diese ebenfalls eine entscheidende Rolle spielen, auch wenn sie eigentlich nur in geringen Mengen im männlichen Organismus vorhanden sind.

### Östrogene

Östrogen ist das Hormon, das bei der Frau für die Ausbildung der weiblichen sekundären Geschlechtsmerkmale von größter Bedeutung

ist. Es ist aber auch für den Mann von großer Relevanz und wird auch vom männlichen Organismus synthetisiert. Es konnte nachgewiesen werden, dass Östrogen bei niedrigem Testosteronspiegel die Libido steigert [4]. Das heißt, dass Östrogen bei absolutem Testosteronmangel notwendig ist, um das sexuelle Interesse zu wecken [5]. Auch Finkelstein untersuchte 2013 den Zusammenhang zwischen Testosteron und Östrogen in Bezug auf die Sexualfunktion, indem er einer Versuchsgruppe Medikamente gab, die die Aromatase, also die Umwandlung von Androgenen in Östrogene, hemmen [6]. Ergebnis war eine deutliche Abnahme ihrer Sexualfunktion im Vergleich zur Kontrollgruppe. Eine weitere 2014 durchgeführte Studie von Ramasamy et al. unterstützt dieses Ergebnis in umgekehrter Situation: Sie untersuchten zwei Versuchsgruppen mit normalem bzw. erhöhtem Testosterongehalt, von denen die eine Gruppe einen Östrogengehalt unter 5ng/dl-1, die zweite Gruppe jedoch einen höheren Östrogengehalt aufwies [7]. Auch hierbei zeigte sich, dass der Sexualtrieb bei korrektem Verhältnis von Östrogen und Testosteron deutlich gesteigert war. Ebenfalls wirkt sich Östrogen im männlichen Gehirn aus und wirkt dabei Serotonin-unterstützend. Binden sich Östrogen und Serotonin an die dafür vorgesehenen Rezeptoren im Gehirn, so sinkt der Sexualtrieb. Dieser Effekt ist sehr komplex und beeinflusst auch die Stimmung und Wahrnehmung [8].

Es gibt zahlreiche Hinweise, dass von außen zugeführtes Östradiol die Testosteronproduktion hemmt. Aus diesem Grund wurden in der Vergangenheit Östrogene an Sexualstraftäter verabreicht. Hierdurch ließ sich eine verminderte Libido, Masturbationshäufigkeit und erektile Funktion erzielen [9]. Vor allem im Tiermodell scheinen Östrogene wichtig für die Vermittlung der Testosteronwirkung im Zentralnervensystem zu sein [10]. Ob dies für Menschen zutrifft und es einen Unterschied zwischen endogen oder exogen zugeführtem Östrogen gibt, bleibt umstritten, erst recht, wenn endogenes Östradiol durch die Aromatisierung von Testosteron im Gehirn gebildet wird.

Auch bei Erektionsstörungen sollte eine Erhöhung des Östrogenspiegels in Betracht gezogen werden, wenn sonst keine Ursache ausfindig gemacht werden kann. In einer Studie zeigte sich, dass der Unterschied zwischen Männern mit und ohne erektile Dysfunktion lediglich auf einem erhöhten Östrogenspiegel beruhte. Der Autor zog die Schlussfolgerung, dass Östrogen die venöse vaskuläre Durchlässigkeit erhöht [11]. Auch im Gehirn zeigt Östrogen seine Wirkung in Bezug auf den Sexualtrieb und die Libido, indem es die Hypothalamus-Hypophysen-Achse hemmt und infolgedessen FSH und LH, was schließlich dazu führt, dass das frei zirkulierende Testosteron abnimmt [12–14]. Für eine normale erektile Funktion ist Testosteron unabdingbar, jedoch ist Östrogen in der Lage, durch Hemmung die Testosteronproduktion zu reduzieren, sodass es zu erektilen Dysfunktionen kommen kann. Eine Substitution von Testosteron hilft in diesem Fall jedoch nicht, solange der Östrogenspiegel hoch bleibt [15]. Auch bei der Spermatogenese, also der Reifung der Spermien, galt Testosteron als der ausschlaggebende Faktor, was mit Sicherheit auch weiterhin der Fall ist. Hinzu kommt aber, dass Östrogenrezeptoren des Typs Alpha und Beta im Parenchym des Hodens, also im funktionellen Gewebe, vorkommen und somit nicht nur Östrogen durch Aromatase in den Leyding-Zellen produziert wird, sondern auch im funktionalen Hodengewebe, entsprechend in den Sertoli-Zellen seine Wirkung entfaltet [16]. Auch wenn die genaue Funktion der Östrogenrezeptoren in den Leyding- und Sertoli-Zellen nicht geklärt ist, lässt sich dennoch mit ziemlicher Gewissheit sagen, dass Östrogen Einfluss auf die Spermatogenese hat [17]. Somit hat sich gezeigt, dass Östrogen, auch wenn es gegenüber Testosteron in vernachlässigbaren Konzentrationen im männlichen Organismus vorkommt, eine entscheidende Rolle sowohl im Testosteron-

haushalt – und daraus folglich für die erektile Funktion, die Libido und den Sexualtrieb – als auch auf die Entwicklung und Reifung der Spermien, also die Spermatogenese Auswirkung hat. Letztlich ist entscheidend, wie es zu erhöhten oder erniedrigten Konzentrationen kommt und wie man dies beeinflussen kann [18].

### Prolaktin

Prolaktin ist ein Hormon, das ebenfalls im weiblichen Organismus eine wichtige Rolle spielt und dort für das Einschießen der Milch in die Brustdrüse kurz nach der Schwangerschaft verantwortlich ist. Aber auch beim Mann kann zumindest ein erhöhter Prolaktinspiegel Auswirkungen haben. Welche Funktion Prolaktin im männlichen Organismus hat, ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vollständig geklärt, jedoch lassen sich für die Hyperprolaktinämie verschiedenste Genesen ausfindig machen. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass jede Form von Stress und Belastung auf den männlichen Organismus, sei es psychischer oder physischer Natur, eine Erhöhung des Serumprolaktinspiegels hervorruft. Körperliche Belastung, Stress, Alkoholkonsum, eiweißreiche Nahrung, Hypoglykämie, Koitus, Schlaf, aber auch Östrogene, das Gonadotropin-releasing Hormon GnRH und Serotonin lassen den Serumspiegel von Prolaktin ansteigen. Wobei auch hierbei in der Regel keine Serumkonzentrationen erreicht werden, die sich in irgendeiner Form negativ auf den Organismus auswirken. Die häufigste pathologische Ursache für einen erhöhten Prolaktinspiegel wird durch ein Prolaktinom, also einen Tumor in der Hypophyse des Gehirns, hervorgerufen. Hier sei jedoch erwähnt, dass diese Art von Tumoren relativ selten ist. Deutlich häufiger findet sich ein erhöhter Prolaktinspiegel infolge von medikamentösen Behandlungen, in erster Linie mit Neuroleptika, Antidepressiva und Antihypertensiva. Eine signifikante Erhöhung des Serumprolaktinspiegels führt zu einer gestörten GnRH-Ausschüttung, die bereits weiter oben beschrieben wurde. Daraus folgt eine LH- und FSH-Suppression, was bei 50–73% der Patienten zu einem Testosteronmangel führt. Ein Verlust der Libido, ebenso wie eine erektile Dysfunktion können die Folge sein (etwa 50–54%). In der Reifungsphase, also der Pubertät, kann es hierdurch auch zum verzögerten Eintreten dieser kommen. Im Extremfall führt es zur Gynäkomastie, also der Ausreifung einer weiblichen Brust [19].

## Beeinflussungsfaktoren

Allgemein bekannt ist, dass sich ein gesunder Lebensstil positiv auf den Menschen auswirkt. Sport und ein körperlich aktiver Lebensstil kann die Konzentration von männlichen Sexualhormonen und damit die Sexualität positiv beeinflussen [20]. Andererseits kann übermäßige sportliche Aktivität (länger als zwei Stunden) zur Reduktion von Testosteron führen und damit zu einer gedämpften Libido.

Bei einem inaktiven Lebensstil und hyperkalorischem Ernährungsverhalten können die Alterungsvorgänge die Entstehung der heutigen Zivilisationserkrankungen wie metabolisches Syndrom, erektile Dysfunktion, Diabetes mellitus und koronare Herzerkrankung begünstigen oder sogar verursachen.

### Kortisol

Kortisol, auch häufig als Kortison bezeichnet, gehört zu den Glykokortikoiden und wird (wie Testosteron) aus Cholesterin metabolisiert. Dieser Prozess findet in der Nebenniere, genauer gesagt in der Nebennierenrinde statt. Es unterliegt somit auch der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse und hemmt die GnRH-Sekretion im Hypothalamus, indem durch negative Rückkopplung das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) und das Adrenocortikotrope Hormon (ACTH) ge-

hemmt werden [21]. Kortisol wird in der Regel vermehrt in Stresssituation freigesetzt und hat die Aufgabe, Energiereserven zu mobilisieren. Dabei stehen schnell verfügbare Energieträger im Vordergrund. Des Weiteren hemmt es die Umwandlung von Glucose in Fettsäuren und regt gleichermaßen die Fettverbrennung zur kurzfristigen Energiegewinnung an [22]. Um diesen Mechanismus zu verstärken, werden andere Stoffwechselprozesse verlangsamt oder temporär vollständig eingestellt. Dass hiervon auch die Hodenfunktion, also die Synthese von Testosteron, betroffen ist, konnte Contreras 1996 nachweisen [23]. Seine Studie sollte zeigen, dass bei chronischer Therapie mit Glykokortikoiden die Synthese von Testosteron eingeschränkt ist, nicht aber übergeordnete Hormone. Um diese These auf allen Ebenen zu prüfen, wurde parallel zur Glykokortikoidgabe, GnRH injiziert und in regelmäßigen Abständen dann das luteinisierendes Hormon (LH), sexualhormonbindendes Globulin (SHBG) sowie das gesamte, freie und bioaktive Testosteron gemessen. Ergebnis war, dass der Testosteronspiegel signifikant niedriger war als in der Kontrollgruppe, aber SHBG und LH ihren normalen Verlauf aufwiesen. Etwa 58% der Probanden gaben eine Abnahme der Libido an und 52% klagten sogar über Impotenz. Somit konnte deutlich gezeigt werden, dass vor allem das freie Testosteron für eine potente Libido sowie für eine erektile Funktion von entscheidender Bedeutung ist. Glykokortikoide wie etwa Kortisol, das primär in Stresssituationen aller Art vermehrt zirkuliert, beeinflusst den Testosteronspiegel merklich. Hierbei führt allerdings kurzeitiger Stress nicht zu messbaren Veränderungen der Libido sowie zu einer erektilen Dysfunktion.

### Ernährung

Ernährung spielt in unserer heutigen Zeit eine immer größere Rolle. Zum einen steht uns Nahrung unbegrenzt zur Verfügung, zum anderen wird immer mehr auf eine ausgewogene und gesunde Ernährungsweise geachtet. Es ist ein gerne propagiertes Klischee, dass beispielsweise Meeresfrüchte, insbesondere bestimmte Muschelgattungen, die Libido des Mannes merklich beeinflussen sollen, doch ist dem wirklich so? Des Weiteren spielt seit einigen Jahren auch Adipositas, also ein starkes Übergewicht, eine immer größere Rolle in unserer Gesellschaft. Durch das oben bereits erwähnte Überangebot an Nahrungsmitteln, kommen wir auch immer mehr in die Situation, den Überblick über das zu verlieren, was und vor allem wie viel wir davon konsumieren.

Die Anzahl von übergewichtigen Männern nimmt in unserer Gesellschaft zu. Zwar wird in einigen Teilbereichen der Medizin das Positive und Negative von Übergewicht und Fettleibigkeit kontrovers diskutiert, aber im Gesamten betrachtet scheinen die Nachteile von Übergewicht zu überwiegen. Zumindest gibt es keine allgemeine offizielle Empfehlung, Übergewicht zu propagieren. Im Allgemeinen hat sich die Meinung durchgesetzt, dass Übergewicht eher zu gesundheitlichen Problemen führen kann. Monteagudo [24] untersuchte, inwieweit sich Fettleibigkeit auf die Funktionsfähigkeit des Hodens auswirkt und kam zu dem Ergebnis, dass mit zunehmendem Übergewicht, bei einem Body-Mass-Index (BMI) zwischen 30–50 kg/m2, die Hormonspiegel deutliche Veränderungen aufweisen [24]. Daraus lässt sich ableiten, dass Fettleibigkeit durchaus Ursache des Hypogonadismus mit vermehrter Aromatase, also Östrogenproduktion sein kann (metabolisches Syndrom). Gleichermaßen gibt es aber auch Männer, die zunehmend gesünder leben möchten und versuchen, dies durch Ernährung und intensiven Sport zu erreichen. Hier steht vor allem bei Männern immer noch Krafttraining und Muskelaufbau im Vordergrund. Fleisch wird mehr und mehr durch proteinhaltige Pulver ersetzt. Da auch immer mehr Menschen vollständig auf tierische Produkte verzichten, untersuch-

te die Universität von Connecticut den Effekt von Soja und Molkeproteinen auf den Hormonhaushalt beim Mann [25]. Es zeigte sich, dass Sojaproteine den Testosteronspiegel senken und der Kortisolspiegel hingegen steigt. Die Sojaproteine haben keinerlei Einfluss auf den Östrogenspiegel, was zunächst verwundert, weil die im Soja enthaltenen Isoflavone bisher in der Kritik standen, eine Feminisierung des Mannes zu induzieren. Dies konnte jedoch widerlegt werden [26].

## Stress

Der Begriff »Stress« begegnet uns gegenwärtig in vielen Situationen, sei es im Beruf, zu Hause oder in unseren Selbstzuschreibungen. Stress assoziieren wir oft vor allem mit psychischem Stress, also einer Situation, der wir vom Kopf her nicht gewachsen sind und die unseren Körper in Unruhe versetzt. Gleichermaßen kann aber auch eine physiologische Ursache zu Stress führen, sei es extreme Hitze oder Kälte, Operationen oder schwere Verletzungen. Eines ist aber immer gleich: Die Homöostase des Körpers gerät aus dem Gleichgewicht. Der Körper versucht diesem Ungleichgewicht entgegenzuwirken, indem er Stresshormone, wie das bereits oben angesprochene Kortisol, freisetzt. Energiereserven werden mobilisiert, der Blutdruck steigt, die Gefäße werden eng gestellt. Stoffwechselprozesse, die zu diesem Zeitpunkt weniger wichtig sind, wie Verdauung oder auch die Produktion von Sexualhormonen werden reduziert oder gar ganz ausgesetzt [22]. Betrachtet man den hormonellen Regelkreis, der bei Stress angeschoben wird, so zeigt sich, dass stressbedingt zuerst Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) freigesetzt wird, dies zur Sezernierung von ACTH führt und schließlich Glykokortikoide ausgeschüttet werden, die zu den oben erwähnten Regulationen führen [27]. Anhaltender Stress führt häufig zu Folgeerscheinungen, die sich vor allem aus daraus resultierenden psychischen Störungen entwickeln können. Angst, Unsicherheit, und Schlafmangel (siehe Schlafstörungen) vermindern die Produktion von Sexualhormonen, was in eine Verminderung der Libido münden kann.

Eine interessante Studie untersuchte die Auswirkung von psychosozialem Stress auf die Sexualhormone, sowohl bei Frauen als auch bei Männern [28]. Als Referenzwerte wurden hier bei den Männern Kortisol und Testosteron gemessen und die Probanden dem Trier Social Stress Test (TSST) 28 unterzogen. Im Vergleich zeigten sich Männer weniger anfällig für psychosozialen Stress als Frauen. Ein Grund hierfür könnte Testosteron sein. Brann und Mahesh [21] sprachen sich bereits 1991 für die Annahme dieses Zusammenhangs aus.

## Depressionen

Probleme im Beruf, Geldnot oder Differenzen mit Freunden und Familie, all diese Faktoren können Auslöser einer Depression sein. Halten diese Probleme über längere Zeit an, so kann sich eine Depression (Burn-out) manifestieren. Eine Studie untersuchte bei fettleibigen Männern, ob und inwieweit sich die durch die Fettleibigkeit hervorgerufene Unterfunktion der Hoden in depressiven Symptomen widerspiegelt [24]. Dazu wurden luteinisierendes Hormon (LH), freies und gesamtes Testosteron sowie der Östrogenspiegel untersucht. Beim Hypogonadismus, also einer Unterfunktion des Hodens, kommt es zur vermehrten Aromatase und somit zu erhöhten Konzentrationen an Östrogen. 80% der Probanden zeigten einen deutlich erniedrigten Gesamttestosteronspiegel, 28% hatten eine erhöhte Östrogenkonzentration. Über die Hälfte, das heißt 56% zeigten eine deutliche depressive Symptomatik, 28% hatten eine ausgeprägte Depression. Die Ergebnisse zeigen, dass das Auftreten einer Depression mit einem erhöhten Östrogenspiegel korrelieren kann. Je größer das Ungleichgewicht zwischen Östrogen

und Testosteron ist, desto deutlicher zeigten sich auch die depressiven Symptome [24]. Jedoch sei an dieser Stelle nicht nur erwähnt, was zu Depression führen kann und diese begünstigt, sondern auch welche Folgeerscheinungen nicht außer Acht zu lassen sind. Tully untersuchte über fünf Jahre, ob erniedrigte Testosteronkonzentrationen und eventuell daraus resultierende depressive Symptome, das Risiko an Typ-II-Diabetes zu erkranken, erhöhen [29]. Von den 688 Probanden erkrankten im Verlauf der fünf Jahre 112 (~16%) an Diabetes, wobei die Wahrscheinlichkeit an Diabetes zu erkranken bei Patienten mit depressiver Symptomatik ca. das 2,5-fache betrug [29]. Die Studien zeigen, dass nicht nur Depressionen zu erniedrigten Gesamttestosteronspiegeln führen können, sondern auch daraus weitere Konsequenzen entstehen, die unter Umständen Langzeitschäden, wie etwa Diabetes, hervorrufen.

### Schlafstörungen

Das Schlafstörungen eine Folge von Stress seien können, ist bereits weiter oben erläutert, doch inwiefern sich der gestörte Schlafrhythmus auf den männlichen Organismus und damit auf den Hormonhaushalt auswirkt, ist noch offen. Die Plasmatestosteronkonzentration unterliegt rhythmischen Schwankungen, die sich durch die gesamten Schlafphasen ziehen. Um den Testosterongehalt im Plasma zu erhöhen, benötigt der männliche Organismus mindestens drei Stunden Schlaf mit normalen Schlafphasen und ohne Unterbrechung [30]. Jegliche Störung des Schlafes, sei es geringere Schlafqualität, Länge, Rhythmik oder Probleme mit der Atmung können als Ergebnis zu einem reduzierten Testosteronspiegel führen. Obstruktive Schlafapnoe, die bei Männern über 50 Jahre gehäuft auftritt, hat keinen direkten Einfluss auf den Testosteronspiegel. Schlafstörungen, die hingegen durch Übergewicht und Fettleibigkeit hervorgerufen werden und sich negativ auf den Testosteronhaushalt auswirken, können durch Gewichtsreduktion vermindert oder gar vollständig beseitigt werden. Dabei verbessert sich die Schlafqualität äquivalent zur Gewichtsreduktion [30]. Experimentelle Daten lassen auch vermuten, dass durch geringe Gaben von Testosteron in ersetzenden Dosen die Schlafstörungen gemindert werden können und dies wiederum zu einem normalen Schlaf führt. Große Dosen von Testosteron und Anabolika ziehen hingegen Negativkonsequenzen nach sich, denn der Effekt ist genau entgegengesetzt wie der Effekt der therapeutischen Dosen, sodass es zu verkürzter oder verlängerter Schlafdauer und Phasenrhythmik kommt [28]. Schlafstörungen führen durch reduzierten Testosteronspiegel –zumindest in Experimenten an männlichen Ratten – ebenfalls zu verkürzter Lebensfähigkeit der Spermien [31]. Das lässt die Vermutung nahelegen, dass dies auch beim Mann zu Infertilität führen kann.

### Medikamente

Dass Medikamente den Sexualhormonhaushalt einschließlich dem Blutplasmaspiegel und die physiologische Aktivität sowie die Sexualität (Libido-Verlust, erektile Dysfunktion, Ejakulationsstörungen) beeinflussen können, ist hinlänglich bekannt. Hier werden lediglich einige beeinflussende Medikamente bzw. Substanzgruppen erwähnt und auf die einschlägige Literatur [32] verwiesen: ACE-Hemmer, Angiotensin-II-Antagonisten, Alpha-1-Rezeptorenblocker, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, Calcium-Antagonisten, Diuretika, Psychopharmaka.

### Alkohol und Nikotin

Alkohol und Zigaretten gehörten zu den legalen »Drogen«. Nahezu jeder Mann konsumiert eines oder gar beides. Eine chinesische Studie hat herausgefunden, dass nikotin- und

teerfreier Zigarettenrauch bei Ratten Auswirkungen auf den Testosteronspiegel haben kann und somit eventuell zu erektiler Dysfunktion führt [33]. Die Autoren führen das Problem auf oxidativen Stress zurück, der durch den Rauch hervorgerufen wird. Antioxidantien können im Fall einer Erektionsstörung zur Besserung führen, die Prävention durch Antioxidantien scheint jedoch begrenzt. Gleiches ergibt sich auch für den Konsum von Alkohol. Bereits nach einem Alkoholkonsum über fünf Tage infolge, sinkt der Testosteronspiegel merklich [35] – mit deutlichen Auswirkungen auf die sexuelle Lust [36]. Auch ist durch das entstandene Missverhältnis von Testosteron und Östrogen langfristig eine »Verweiblichung« möglich, die sich etwa in Brustwachstum zeigt [37].

## Handlungsempfehlungen

Der Lebensstil, das heißt die Ernährung, das Berufsleben, die körperliche Aktivität, vornehmlich in Form von Sport, aber auch der Alkohol- und Nikotinkonsum, hat einen entscheidenden Einfluss auf die Hormone und die männliche Sexualität. Hinzu kommt, dass die zunehmenden gesellschaftsrelevanten Krankheiten, zum Beispiel das metabolische Syndrom (Bluthochdruck, abdominelle Fettleibigkeit, Stoffwechselstörung von Fett und Blutzucker), die sich bisher vor allem beim männlichen Geschlecht manifestieren, auch dazu führen, dass die Anzahl der eingenommenen Medikamente zunimmt. Wie bereits sicher belegt, haben viele Medikamente Nebenwirkungen, die mit Verlust der männlichen Sexualität, Libido und erektilen Funktionsstörungen einhergehen.

Zu empfehlen ist vor allem ein bewussterer Umgang mit Medikamenten. Um jedoch der Einnahme generell vorzubeugen, wäre eine Empfehlung, sich bereits frühzeitig und intensiv mit seinem Lebensstil auseinanderzusetzen und eventuelle Anpassungen vorzunehmen. Eines der größten Probleme von Männern in der heutigen Zeit ist die Zunahme des metabolischen Syndroms, das vornehmlich durch eine gesunde und ausgewogene Ernährung maßgeblich beeinflusst werden kann. Das soll jedoch nicht heißen, dass der Mann in Zukunft auf »sein Fleisch« verzichten muss: Trotzdem sollte beim täglichen Konsum eine Reduktion der grundsätzlichen Menge in Betracht gezogen werden. Gleiches empfiehlt sich natürlich ebenfalls für den Konsum von Alkohol und Zigaretten.

Was unstrittigerweise an Wichtigkeit gewinnt, ist der mentale Zustand des Mannes. Dies äußert sich sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich. Hieraus kann sich eine Zunahme von seelischem Stress ergeben, die auch durch Hormonschwankungen zum Ausdruck kommt. Es zeigt sich, dass auch dies eine Auswirkung auf die Sexualität des Mannes haben kann. Möglichkeiten, den Hormonschwankungen entgegenzuwirken oder zum Teil vorzubeugen, sind möglichst regelmäßige Zubettgehzeiten und eine individuelle ausreichende Schlafdauer einzuhalten [34].

Das Verhalten von jugendlichen und erwachsenen Männern positiv zu verändern ist zwar letzten Endes eine individuelle Entscheidung jedes Einzelnen, aber gesellschafts- und gesundheitspolitisch sicherlich erstrebenswert. Ein gutes Beispiel ist eine Verringerung des Nikotinkonsums in den USA. Hier zeigt sich sehr deutlich, dass durch Aufklärungskampagnen, eine veränderte gesellschaftliche Bewertung von Nikotinkonsum und nicht zuletzt durch politische Maßnahmen erhebliche Fortschritte erzielt werden konnten. Dies funktioniert allerdings nur, wenn kontinuierlich und über einen längeren Zeitraum dieses Ziel verfolgt wird.

## Schlussfolgerungen

Der Zusammenhang zwischen der männlichen Sexualität und Hormonen ist sehr vielfältig und eindeutig belegt. Nicht nur Testosteron ist diesbezüglich ein Schlüsselhormon, sondern

auch andere Hormone wirken als Verstärker oder Gegenspieler und können sowohl absichtlich als auch unbewusst beeinflusst werden.

Es zeigt sich, dass letzten Endes durch Maßnahmen des Lebensstils der Hormonhaushalt verändert werden kann; hierdurch kann es auch zu einer Veränderung der Sexualität kommen. Gesellschaftlich könnte es erstrebenswert sein, diese Zusammenhänge öffentlich zu thematisieren. Die aktuelle gesundheitliche Entwicklung zeigt, dass viele Männer wahrscheinlich noch nicht ausreichend über die zu beeinflussenden Faktoren informiert sind. Die Situation könnte man verbessern, zum Beispiel durch Aufklärungskampagnen, um hierdurch einen gesunden und positiven Lebensstil von Männern zu fördern. Der Lebensstil wird zumindest bis zu einem gewissen Grad bereits im Kindesalter entwickelt, wobei die Eltern häufig als Orientierung dienen. Es erscheint sinnvoll, dass Eltern vermehrt darauf achten, einen gesunden Lebensstil frühzeitig zu fördern und zu unterstützen.

## Literatur


1 Kaufman JM, Vermeulen A. The decline of androgen levels in elderly men and its clinical and therapeutic implications. Endocr Rev 2005 Oct;26(6):833–76.
2 Nieschlag E, Behre H, Nieschlag S. Testosterone: action, deficiency, substitution. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
3 Coffey DS Androgen action and the sex accessory tissues. In: Knobil E, Neill J (Hrsg.), The physiology of reproduction. New York: Raven Press; 1988:1081–1119.
4 Wibowo E, Schellhammer P, Wassersug, R. Role of estrogen in normal male function: clinical implication for patients with prostate cancer on androgen deprivation therapy. J Urol. 2011;185:17–23.
5 Carani C, Granata AR, Rochira V, Caffagni G, Aranda C, Antunez P, Maffei LE. Sex steroids and sexual desire in a man with novel mutation of aromatase gene and hypogonadism. Psychoneuroendocrinology. 2005;30(5):413–7.
6 Finkelstein J, Yu E, Burnett-Bowie, S. Gonadal steroids and body composition, strength, and sexual function in men. New England Journal of Medicine. 2013;369:2457.
7 Ramasamy R, Scovell J, Kovac J, Lipshultz, L. Elevated serum estradiol is associated with higher libido in men on testosterone supplemntation therapy. Eur Urol. 2014;65:1224–5.
8 Amin Z, Canil T, Epperson, C. Effect of estrogen-serotonin interactions on mood and cognition. Behav Cogn Neurosci Rev. 2005;4:43–58.
9 Bancroft J, Tennent G, Loucas K, Cass J. The control of deviant sexual behaviour by drugs: Behavioural changes following oestrogens and anti-androgens. British Journal of Psychiatry. 1974;125:310–315.
10 Lindzey J, Korach KS Estrogen action in males: insights through mutations in aromatase and estrogen-receptor genes. In: Bagatell CJ, Bremner WJ (Hrsg.), Androgens in Health and Disease, Totawa: Humana Press; 2003:89–102.
11 Mancini A, Milardi D, Bianchi A, Summaria V, De Marinis, L. Increased estradiol levels in venous occlusive disorder: a possible functional mechanism of venous leakage. Int J Impot Res. 2005;17:239–42.
12 Santen R. Is aromatization of testosterone to estradiol required for inhibition of luteinizing hormone secretion in men?,« J Clin Invest. 1975;56:1555–63.
13 Marshall JC, Case GD, Valk TW, Corley KP, Sauder SE, Kelch RP. Selective inhibition of follicle-stimulating hormone secretion by estradiol. Mechanism for modulation of gonadotropin responses to low does pulses of gonadotropin-releasing hormone. J Clin Invest. 1983;71:248–57.
14 Bagatell C, Dahl K, Bremner W. The direct pituitary effect of testosterone to inhibit gonadotropin secretion in men is partially mediated by aromatization to estradiol. J Androl. 1994;15:15–21.
15 Kataoka T, Hotta Y, Ohno M, Maeda Y und Kimura K. Limited effect of testosterone treatment for erectile dysfunction caused by high-estrogen levels in rats. Int J Impot Res. 2013;25:201–5.
16 Carreau S, Bouraima-Lelong H, Delalande C. Estrogen, a female hormone involved in spermatogenesis«. Adv Med Sci. 2012;57:31–6.
17 Carreau S1, Bourguiba S, Lambard S, Galeraud-Denis I, Genissel C, Levallet J. Reproductive system: aromatase and estrogens,« Mol Cell Endocrinol. 2002;193:137–43.
18 Schulster M, Bernie MA, Ramasamy R. The role of estradiol in male reproductive function. Asian Journal of Andrology. 2016;18,1–6.
19 Costamoling W, Plas E. Leitlinie Hyperprolaktinämie des Mannes. Journal für Urologie und Urogynäkologie. 2008;6:17–18.
20 Wood RI, Stanton SJ. Testosteron and sport: current perspectives. Horm Behav. 2012;61(1):147–55.
21 Brann DW, Mahesh VB. Neuroendocrinology. 1991;53:107.
22 Bierbaumer N, Schmidt RF. Biologische Psychologie. Heidelberg: Springer; 2010.

23 Contreras L, Masini A, Danna M, Kral M, Bruno O, Rossi M und Andrada J. Glucocorticoids: their role on gonadal function and LH secretion. Minerva Endocrinol. 1996:43–6.

24 Monteagudo P, Falcão A, Verreschi I, Zanella M. The imbalance of sex-hormones related to depressive symptoms in obese men. Aging Male. 2015:1–7.

25 Kraemer WJ, Solomon-Hill G, Volk BM, Kupchak BR, Looney DP, Dunn-Lewis C, Comstock BA, Szivak TK, Hooper DR, Flanagan SD, Maresh CM, Volek JS. The Effects of Soy and Whey Protein Supplementation on Acute Hormonal Responses to Resistance Exercise in Men. Journal of the American College of Nutrition. 2013;32: 66–74.

26 Meassina M. Soybean isoflavone exposure does not have feminizing effects on men: a critical examination of the clinical evidence. Fertil Steril. 2010;93(7):2095–104.

27 Henry J. Psychological and physiolical respnses to stress: the right hemisphere and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis, an inquiry into problems of human bonding. Integr Physiol Behav Sci. 1993;28(4):369–87; discussion 368. Review.

28 Stephens M, Mahon P, McCaul M, Wand G. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to acute psychosocial stress: Effects of biological sex and circulating sex hormones. Psychoneuroendocrinology. 2005;66:47–55.

29 Tully P, Baumeister H, Martin S, Atlantis E, Jenkins A, Januszewski A, O'Loughlin P, Taylor A, Wittert G. Elucidating the Biological Mechanisms Linking Depressive Symptoms With Type 2 Diabetes in Men: The Longitudinal Effects of Inflammation, Microvascular Dysfunction, and Testosterone. Psychosom Med. 2016;78(2):221–32.

30 Wittert G, The relationship between sleep disorders and testosterone in men. Asian J Androl. 2014;16(2):262–265.

31 Alvarenga T, Hirotsu C, Mazaro-Costa R, Tufik S, Andersen M. Impairment of male reproductive function after sleep deprivation. Fertil Steril. 2015;103(5):1355–62.

32 Rote Liste® Service GmbH (Herausgeber und Verlag), Rote Liste® 2014 – Arzneimittelverzeichnis für Deutschland (einschließlich EU-Zulassungen und bestimmter Medizinprodukte), Frankfurt/M: 2014.

33 Liu S, Wu T, Duan Q, Liu L, Song C, Liao W, Yang S. Nicotine- and tar-free cigarette smoke extract reduces the penile erectile function of rats. Zhonghua Nan Ke Xue. 2015;21(12):1071–6.

34 National Sleep Foundation. Sleep: how much do you need? Find out if your sleep hygiene is up to snuff. Health After 50 Sci Am Consum Health. 2015 Sep;27(8):4–5.

35 Gordon GC, Altman K, Southren AL, Rubin E, Lieber CS. The effects of alcohol (ethanol) administration on sex hormone metabolism in normal men. New England Journal of Medicine. 1976;295:793–797.

36 Bartke A. Chronic disturbances of the hypothalamic-pituitary-testicular axis: Effects on sexual behavior and fertility. In: Zakhari S (Hrsg.). Alcohol and the Endocrine System. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph No. 23. NIH Pub. No. 93-3533. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1993, S. 69–87.

37 Bannister P, Lowosky MS. Ethanol and hypogonadism. Alcohol and Alcoholism. 1987; 22(3):213–217.

# 4.3 Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox

*Theodor Klotz*


## Zusammenfassung

Die erektile Dysfunktion (ED) und die Ejaculatio praecox (EP = vorzeitiger Samenerguss) sind die häufigsten männlichen Sexualstörungen. In den letzten 15 Jahren konnten weitreichende grundlagenwissenschaftliche Erkenntnisse für beide Störungen gefunden werden, sodass aktuell eine breite Wissensbasis über sie besteht. Die Therapie basiert auf Leitlinien mit hoher Erfolgsquote.

Die ED ist vor allem eine degenerative Erkrankung mit einer altersabhängigen Gesamtprävalenz von ca. 20% in den Altersklassen von 30–70 Jahren. Weiterhin kann eine ED von äußeren Einflüssen, unter anderem auch von psychischen Faktoren, beeinflusst werden. Der Leidensdruck der Patienten ist sehr unterschiedlich und hängt von der individuellen Situation des Betroffenen und der Partnerschaft ab. Ca. 80% aller Patienten mit ED lassen sich therapeutisch gut behandeln.

Bei der EP muss eine primäre und sekundäre erworbene Form unterschieden werden. Die primäre EP ist altersunabhängig und betrifft ca. 20% aller Männer. Es liegt nach gegenwärtigem Kenntnisstand eine Transmitterstörung des Serotoninstoffwechsels im zentralen Nervensystem zugrunde. Die sekundäre EP korreliert oft mit Begleiterkrankungen, hier vor allem mit der ED, und ist altersabhängig. Die Behandlung basiert auf verhaltenstherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen. Ähnlich wie bei der ED ist der Leidensdruck der Patienten sehr unterschiedlich und hängt von der individuellen Situation des Betroffenen und der Partnerschaft ab.

## Summary: Erectile dysfunction (ED) and premature ejaculation (EP)

Erectile dysfunction (ED) and premature ejaculation (EP = premature ejaculation) is the most common male sexual dysfunction. Over the last 15 years fundamental understanding of both disorders has been reached, so that currently a broad knowledge base exists. The therapy is based on guidelines with a high success rate. The ED is primarily a degenerative disease with an age-dependent overall prevalence of about 20% in the age group 30–70 years. Furthermore, ED can be affected by external influences, inter alia by psychological factors. The psychological strain for the patients differs strongly and depends on the individual situation of the person concerned as well as of his partnership. Approximately 80% of the patients with an ED can well be treated. In EP a primary and secondary acquired form must be distinguished. The primary EP is independent of age and affects about 20% of all men. According to the current state of knowledge, it is based on a transmitter disorder of the serotonin metabolism in the central nervous system. The secondary EP-type depends on age and correlates very often with comorbitities, especially with the ED. The treatment is based on behavioral and pharmacological measures. Similar to the ED, psychological strain for the patients differs strongly and depends on the individual situation of the affected as well as of their partnership.

## Definitionen

Der Begriff »Impotenz« oder (genauer) »erektile Dysfunktion (ED)« wurde auf einer Konsensuskonferenz im Jahre 1993 folgendermaßen definiert:

> »Eine erektile Dysfunktion liegt dann vor, wenn für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr dauerhaft (> 6 Monate) keine ausreichende Erektion erzielt und aufrechterhalten werden kann« [20].

Damit ist klar, dass *episodische Rigiditätsstörungen* (= nicht ausreichende Gliedhärte) noch *keine* eigentliche erektile Dysfunktion darstellen. Oder anders formuliert: Ein Mann, der nicht zu jeder Tageszeit und nicht an jedem Ort bzw. in jeder Situation eine zufriedenstellende Erektion zeigen kann, ist nicht impotent, sondern normal!

Die »Ejaculatio praecox (EP)« weist einige Besonderheiten auf. Dazu gehört, dass die Erkrankung durch Eigendiagnose erkannt und in ihrer Schwere von den Betroffenen subjektiv bewertet wird. Dabei wird die Symptomwahrnehmung stark durch die Kultur und sexuelle Traditionen der jeweiligen Gesellschaft geprägt. In der aktuellen Definition der International Society for Sexual Medicine (ISSM) aus dem Jahre 2008 handelt es sich bei der lebenslangen Ejaculatio praecox um eine sexuelle Dysfunktion beim Mann, die wie folgt charakterisiert ist.

> »Eine Ejakulation, die immer oder fast immer vor oder innerhalb von etwa einer Minute nach Einführen des Gliedes in die Scheide erfolgt, mit Unfähigkeit zur Verzögerung der Ejakulation bei jeder oder fast jeder vaginalen Penetration und mit negativen persönlichen Folgen, wie etwa Leidensdruck, Ärger, Frustration und/oder die Vermeidung sexueller Intimität«[18, 19].

## Erektile Dysfunktion

### Prävalenz der erektilen Dysfunktion

Für Deutschland darf die von Braun et al. im Jahre 2000 publizierte Kölner Befragung als die aussagekräftigste Untersuchung zur Prävalenz der ED angesehen werden [1]. Durch diese erste umfassende deutsche epidemiologische Studie besteht für die Bundesrepublik Deutschland eine solide Datenbasis. Aus diesem Grund sollen die Ergebnisse dieser Studie hier ausführlich dargestellt werden. Eine repräsentative Stichprobe von 8.000 Männern im Alter zwischen 30 und 80 Jahren aus Köln wurde mittels eines neu entwickelten und validierten Fragebogens postalisch dreimal befragt. Neben der erektilen Funktion und Lebensqualität enthielt die Untersuchung Fragen zu Begleiterkrankungen, Miktionsstörungen und soziodemografischen Variablen. Sie ist damit bis heute maßgebend für die bundesdeutsche Situation.

Insgesamt antworteten 4.883 Männer (Antwortrate 61,1%), wobei 4.489 Fragebögen (56,2%) komplett auswertbar waren. Die Antwortrate ist ausreichend, um Aussagen über die Gesamtpopulation eines städtischen Gebietes zu erlauben. Das mittlere Alter der antwortenden Männer betrug 51,8 Jahre. Zwei Drittel der Männer (2.967 von 4.489=66%) waren verheiratet oder lebten in einer stabilen Beziehung. 21% der Männer waren alleinlebend ohne feste_n Partner_in. Ca. 13% lebten in Scheidung oder waren verwitwet, ohne Angabe zu einer festen Partnerschaft. Diese Daten entsprachen im Wesentlichen den städtischen bundesrepublikanischen (West-)Durchschnittswerten.

97% der antwortenden Männer aus der jüngsten befragten Altersgruppe (30–34 Jahre) und 63% aus der ältesten befragten Altersgruppe (70–80 Jahre) berichteten über eine regelmäßige sexuelle Aktivität (autoerotische Aktivitäten und Austausch von Zärtlichkeiten ohne Geschlechtsverkehr eingeschlossen). Obwohl die Häufigkeit von sexuellen Aktivitä-

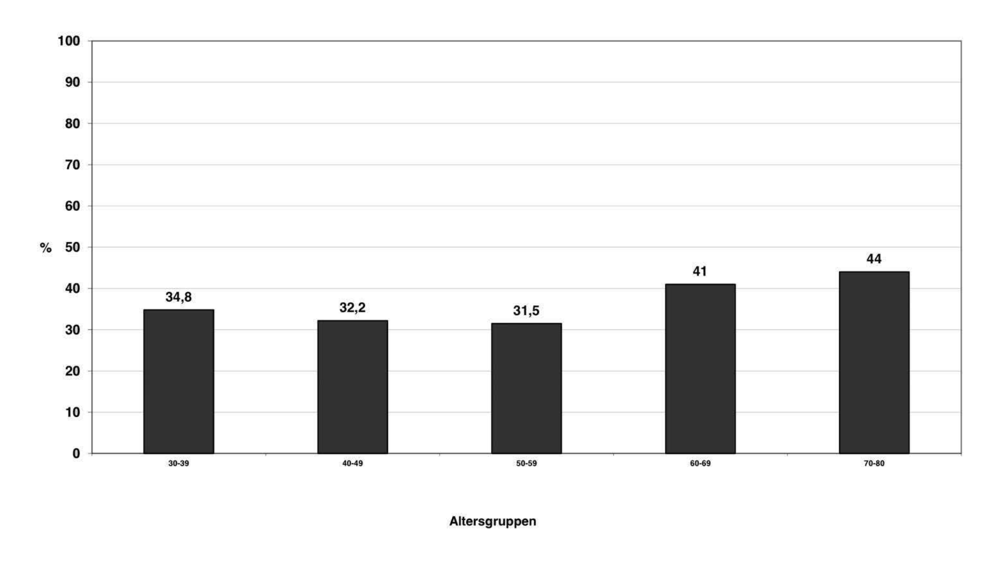



*Abb. 1: Prozentualer Anteil der Männer, die in Abhängigkeit vom Alter mit ihrem Sexualleben unzufrieden sind [1]*

ten in Abhängigkeit vom Alter abnahm, zeigte sich bei 81% der Männer zwischen 60–69 Jahren und 63% der Männer über 70 Jahren eine mindestens einmal wöchentliche sexuelle Aktivität. Zwischen 32% und 44% der antwortenden Männer waren allerdings mit ihrem Sexualleben unzufrieden, wobei sich keine Alterskorrelation erkennen ließ (siehe Abbildung 1). Die Unzufriedenheit mit dem Sexualleben korrelierte dabei nicht eindeutig mit der tatsächlichen erektilen Funktion.

Die Prävalenz der erektilen Dysfunktion betrug in der Kölner Studie über alle Altersklassen 19,2%. Es fand sich ein ausgeprägter altersabhängiger Anstieg von 2% auf 53% (siehe Abbildung 2). Der Anstieg war weitgehend linear in den Altersklassen zwischen 30–59 Jahren. In den höheren Altersklassen (>60 Jahre) zeigte sich ein exponentieller Anstieg der Prävalenz einer erektilen Dysfunktion. In der Altersklasse der über 70-Jährigen bestand bei über 50% der Befragten eine erektile Dysfunktion. Diese Daten wurden mittlerweile in mehreren internationalen epidemiologischen Studien und in einer Nachfolgestudie im Raum Köln mehrfach bestätigt [2].

## Leidensdruck bei erektiler Dysfunktion

Eine Behandlungsindikation ergibt sich nur bei denjenigen Männern, die einen Leidensdruck bezüglich einer bestehenden Erektionsstörung aufweisen. In der Kölner Befragung zeigte sich, dass das Vorhandensein einer ED nicht gleichbedeutend mit einem vorhandenen Leidensdruck diesbezüglich ist. Dies hat für die Indikation zur Einleitung einer Therapie eine hohe Relevanz. Es zeigte sich, dass über alle Altersklassen nicht 20%, sondern nur ca. 9% aller (!) Männer behandlungsbedürftig sind, was freilich immer noch eine sehr hohe Anzahl darstellt. Weiterhin lässt sich sehr schön zeigen, dass die Altersgruppe der Höherbetagten (>70 Jahre) nicht besonders unter Erektionsstörungen leidet, obwohl in dieser Altersgruppe Erektionsstörungen naturgemäß sehr häufig sind (>50%).

Obwohl die Prävalenz von Erektionsstörungen über alle Altersklassen in der BRD ca. 20% beträgt, sind nur ca. 9% behandlungsbedürftig, da bei diesen Männern ein Leidensdruck besteht.

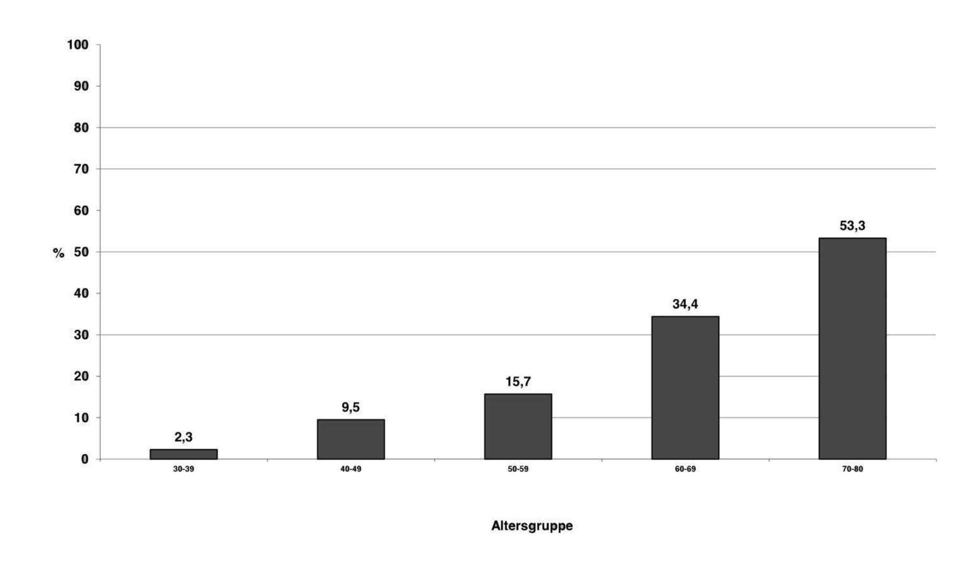



*Abb. 2: Prävalenz einer erektilen Dysfunktion in Abhängigkeit vom Alter [1]*

## »Potenz« und Alter

In den letzten Jahren wird in den Medien häufiger über die Sexualität älterer Menschen berichtet. Es ist sicher richtig, dass dieses Thema aus der Tabuzone herausgeholt wird. Alte Menschen haben ebenso ein Recht auf sexuelle Befriedigung und Glück wie jüngere. Im Allgemeinen bleiben Männer, die in der Jugend sexuell aktiv waren, es auch im Alter. Ähnlich dem Kreislauf und der Muskulatur besteht auch bezüglich der Sexualfunktion ein »Trainingseffekt«. Die Art der Sexualität ändert sich jedoch meist mit zunehmendem Alter. Die Bedeutung des Koitus und der Penetration nimmt tendenziell ab und das Verlangen nach Berührung und Zärtlichkeit eher zu. In der täglichen Arbeit entsteht gelegentlich der Eindruck, dass ältere Männer sich durch die vermehrte öffentliche Diskussion des Themas unter Leistungsdruck setzen. Da es für ältere Menschen meist schwer ist, einen neuen Partner zu finden, bestehen Ängste, den endlich gefundenen Partner sexuell zu enttäuschen und wieder zu verlieren. Dies gilt umso mehr, wenn die Partnerin oder der Partner einige Jahre jünger ist.

Es ist »natürlich«, dass die körperliche Leistungsfähigkeit und damit auch die erektile Reaktionsfähigkeit mit zunehmendem Alter abnehmen. Dies ist unter anderem auf die Verringerung der Elastizität der Schwellkörper und der Gefäße bei eventuell gleichzeitig bestehenden gefäßdegenerativen Veränderungen zurückzuführen. So ist zum Beispiel die Zeitdauer bis zur Ausbildung einer vollständigen Erektion verlängert. Das Vorspiel nimmt mehr Zeit in Anspruch. Manche Liebesstellungen sind aufgrund altersbedingter Gelenkveränderungen nicht lange durchführbar. Häufig tritt keine maximale Rigidität des Penis mehr ein (siehe Tabelle 1). Die Erektion, Ejakulation und das orgastische Empfinden mögen im Alter gedämpft sein, jedoch spielen Harmonie und Innigkeit zwischen den Partnern eine größere Rolle. Manche ältere Paare berichten, dass sie befreit vom Leistungsdruck erst im Alter ihre sexuelle Erfüllung gefunden hätten [3, 4].

## Erektionsstörungen als Symptom einer Grunderkrankung

Die Physiologie der Erektion muss als primär vaskulärer Vorgang verstanden werden, der ei-

*Tab. 1: Veränderungen der sexuellen männlichen Reaktion im Alter [1]*

| | |
|---|---|
| Koitusfrequenz | vermindert |
| Zeitspanne bis zum Erreichen der max. Rigidität | verlängert |
| Penile Rigidität | vermindert |
| Ejakulationsreflexzeit | in der Regel verkürzt |
| Orgasmusintensität | individuell variabel |
| Refraktärzeit** | verlängert |
| Ejakulationsmenge | vermindert |

*** Erholungsphase*

ner komplexen Regulation unterliegt (Kapitel 4.1.). Das Endothel (=Gefäßinnenhaut) spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Somit wird klar, dass alle Erkrankungen, die das Endothel und die vaskuläre Reagibilität betreffen, Einfluss auf das erektile Gewebe der Corpora cavernosa (=Schwellkörper) haben. Erektionsstörungen sind somit in der Regel Symptom einer endothelialen Dysfunktion und keine eigenständige Erkrankung. So konnte gezeigt werden, dass bei ca. 25% der Männer mit dem Primärsymptom erektile Dysfunktion ein latenter bisher nicht bekannter Diabetes mellitus bzw. eine Insulinresistenz vorliegt. In einer anderen Untersuchung unterzogen sich Männer mit einer ausgeprägten erektilen Dysfunktion und ohne jede kardiale Symptomatik einer Koronarangiografie. Auch hier wiesen ca. 30% dieser Männer eine relevante bisher unerkannte asymptomatische Koronarstenose auf. Dies bedeutet, dass eine erektile Dysfunktion nicht selten als Frühmarker einer generalisierten endothelialen Erkrankung interpretiert werden kann, was entscheidende Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beratung haben muss. Eine reine »psychogene« Erektionsstörung stellt die Ausnahme dar (siehe auch Kapitel 4.1).

In der Zusammenfassung dominieren als Ursachen für eine ED organisch-degenerative Veränderungen (z. B. Arteriokslerose, Hypertonie, Diabetes, COPD), gefolgt von iatrogenen Einflüssen (z. B. Beckenchirurgie, medikamentöse Therapie) gefolgt von psychiatrischen Erkrankungen (Depression) [4, 5]. Die radikale Prostatektomie oder auch die Strahlentherapie eines Prostatakarzinoms beispielsweise führen sehr häufig zu einer ED. Dies spielt zwar epidemiologisch kaum eine Rolle, ist jedoch im Einzelfall für die ärztliche Aufklärung der Patienten und die Partnerschaft im Rahmen einer Tumortherapie wesentlich.

> Die penile Erektion gilt als »Wünschelrute« bezüglich der endothelialen Gesundheit des Gefäßsystems. Erektionsstörungen sind in der Regel Symptom einer Grunderkrankung.

Die gesundheitswissenschaftliche Dimension von Erektionsstörungen in der Altersklasse der 50–70-jährigen Männer für eine dringend notwendige männerspezifische gesundheitliche Emanzipation muss sehr hoch eingeschätzt werden, wie anhand der folgenden Überlegungen deutlich wird. Männliche Patienten mit Risikofaktoren einer beschleunigten vaskulären Degeneration stehen in der Regel einer Lebensstiländerung und/oder präventiven Medizin eher zurückhaltend gegenüber. Die Medien haben in den letzten Jahren dafür gesorgt, dass Erektionsstörungen und die Therapiemöglichkeiten zumindest teilweise enttabuisiert wurden. Somit stellen sich Patienten mit diesem Primärsymptom zunehmend früher ärztlich vor, da die erektile Funktion entscheidenden Einfluss auf das männliche Selbstbild hat und sich entsprechender Leidensdruck bei Betrof-

fenen aufbaut – damit kann sich über dieses Symptom quasi als »Vehikel« eine diagnostische Abklärung zum Beispiel der kardiovaskulären Situation und nachfolgend eine höhere Motivation für eine sinnvolle präventive Lebensstiländerung ergeben.

## Ejaculatio praecox

### Prävalenz der Ejaculatio praecox

Spezielle Bundesdeutsche Daten zur Prävalenz der EP liegen in größerem Ausmaß *nicht* vor. Die Gesamtanalyse ist bei der EP wesentlich komplexer als bei der ED. In der Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) – einer multinationalen, 29 Länder umfassenden Studie, in welcher 13.618 Männer im Alter von 40–80 Jahren persönlich, am Telefon oder durch Fragebögen zu ihrem Sexualverhalten befragt wurden – zeigte sich, dass 21,4% der befragten Männer von einer EP betroffen waren [6–8]. Dieses Resultat bezieht sich auf Männer, die angegeben hatten, dass im Jahr vor der Befragung Symptome einer Ejaculatio praecox aufgetreten waren. Interessant ist, dass in den untersuchten Regionen zum Teil erhebliche Abweichungen der Prävalenzraten beobachtet wurden, weil diese im Kontext unterschiedlicher kultureller, religiöser und politischer Einflussfaktoren zu interpretieren sind [9, 10, 11].

Die Ejaculatio praecox ist in jüngeren Altersgruppen (<60 Jahre) die häufigste Sexualstörung des Mannes [6, 7, 9–11]. Auch ältere Männer, wie eine neuere repräsentative Umfrage zu Sexualstörungen an 1.455 amerikanischen Männern im Alter von 57–85 Jahren bestätigte, weisen eine Häufigkeit der Ejaculatio praecox zwischen 21% und 29% auf [4, 7, 12].

In der Zusammenfassung ergibt sich damit eine Prävalenz der EP von ca. 20% aller Männer (!) gleichmäßig über alle (!) Altersklassen. Diese Prävalenz darf für die BRD ebenfalls als realistisch angesehen werden. Damit ist eine altersdegenerative Ursache eher unwahrscheinlich. In einigen Arbeiten fallen bei den Prävalenzraten für Ejaculatio praecox hohe Werte in den Regionen Ost-Asien sowie Zentral- und Südamerika gegenüber vergleichsweise niedrigen Werten in der Region mittlerer Osten auf [8, 13, 14]. Die für die ostasiatische Region (China, Indonesien, Japan, Korea, Malaysia, Philippinen, Singapur, Taiwan und Thailand) ermittelte Prävalenz war 29,1%. In Zentral- und Südamerika (Mexiko und Brasilien) lag sie bei 28,3%. Und auch die Häufigkeit der vorzeitigen Ejakulation schien in Zentral- und Südamerika am größten zu sein. Die mit 12,4% niedrigste Prävalenz wurde für die Region mittlerer Osten dokumentiert. Diese Unterschiede in der Prävalenz können wahrscheinlich zum Teil durch den Stellenwert der weiblichen Sexualität in den jeweiligen Kulturkreisen erklärt werden. Beispielsweise stellen die mit der tantrischen Philosophie verbundenen Traditionen in Ost-Asien zum einen den weiblichen Orgasmus in den Mittelpunkt der Sexualität und betrachten zum anderen das Hinauszögern der Ejakulation als einen bedeutenden Bestandteil des sexuellen Aktes. Aus diesem Grund könnte ein zu früher Samenerguss von Männern in Ost-Asien häufig(er) als Problem wahrgenommen werden.

In den westlichen Industrieländern beschreibt die GSSAB Prävalenzraten der EP mit 20,7% (Nordeuropa) und 21,5% (Südeuropa) in einem eng umschriebenen Bereich. Die Gesamtprävalenz von 20,7% für Europa entspricht ziemlich genau der global ermittelten Prävalenz von 21,4%. Interpretiert man die männliche Ejakulation im Kontext der weiblichen Sexualität, so kann die unbelegte Vermutung aufgestellt werden, dass die Entwicklung der feministischen Bewegung in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts und die damit einhergehende Forderung nach einer für die Frau befriedigenden Sexualität seitdem zu steigenden Prävalenzen der Ejaculatio praecox geführt

hat. Ob die geringe Rate an Männern mit EP in den muslimisch geprägten Regionen den soziokulturellen und/oder genetischen Einflüssen zugrunde liegt, ist derzeit nicht zu eruieren.

### Objektivierung einer EP – Ejakulat-Latenzzeit (IELT)

Zwar ist die Ejaculatio praecox ein subjektives Symptom und der individuelle Leidensdruck spielt eine große Rolle, dennoch gibt es objektive Parameter wie die intervaginale Ejakulations-Latenzzeit (IELT), die in Studien typischerweise von PartnerInnen mit einer Stoppuhr gemessen wird. Die IELT wird als Zeit vom Beginn des Eindringens in die Scheide bis zum Beginn der intravaginalen Ejakulation definiert. Zeitangaben im Rahmen der Definition einer ausgeprägten Ejaculatio praecox variieren zwischen 1–2 Minuten [14, 15, 16]. Eine Relevanz hat die IELT jedoch nur im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen insbesondere in Bezug auf die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie. In kontrollierten Studien wird daher als Zielkriterium die IELT gemessen.

### Neurophysiologie der Ejakulation

Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand existiert ein spinaler Ejakulations-Generator, der die sensorischen Inputs koordiniert, die zur Ejakulation erforderlich sind. Folgende Neurotransmitter sind an der neuronalen Kontrolle der Ejakulation beteiligt:

- Serotonin (5-HT)
- Dopamin
- GABA (Gamma-Amminobuttersäure)
- Noradrenalin

Aufgrund der über alle Altersklassen weitgehend gleichen Prävalenz einer EP, kann eine Transmitterstörung im ZNS als mit ursächlich für eine EP vermutet werden. Hier gilt Serotonin als der wichtigste an der Ejakulation beteiligte Neurotransmitter. Aus diesem Grund greifen medikamentöse Therapiekonzepte bezüglich der Ejaculatio praecox in den Serotonin-Stoffwechsel ein. Hier sind vor allem die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRE), die den Serotoninspiegel im synaptischen Spalt erhöhen, relevant. Weitere Therapieverfahren beruhen auf Verhaltenstherapien sowie auf lokalen medikamentösen Applikationen im Bereich des Gliedes (Lokalanästhetika vor Geschlechtsverkehr zur Reizleitungsverzögerung).

### Co-Morbidität der Ejaculatio praecox – Sekundäre EP

Einige Arbeiten zeigen Informationen zu Co-Morbiditäten der Ejaculatio praecox [12, 13, 15, 16]. Hier wurde zunächst gezeigt, dass sich Männer mit dieser Erkrankung signifikant seltener in einem exzellenten oder sehr guten Gesundheitsstatus fühlen als gesunde Männer. Bei Männern mit Ejaculatio praecox bestand nach eigenen Angaben im Vergleich zu Gesunden eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein weiterer sexueller Dysfunktionen (z. B. Anorgasmie, geringe Libido, erektile Dysfunktion) und psychologischer Störungen (z. B. Depression, Angst, starker Stress). Dieser Zusammenhang war auch nachweisbar, wenn Männer mit erektiler Dysfunktion nicht berücksichtigt wurden. Es existiert eine Co-Morbidität der Ejaculatio praecox zur erektilen Dysfunktion.

Diese EP wird dann als *sekundäre EP* bezeichnet und betrifft eher ältere Männer. Typisch ist für diese Männer, dass sie sich beim Geschlechtsverkehr quasi »beeilen«, um aufgrund einer nicht adäquaten Erektionsdauer, dennoch einen Orgasmus zu bekommen. Die adäquate Therapie besteht bei diesen Männern dann in der Regel in einer Verbesserung der erektilen Funktion zum Beispiel über PDE5-Inhibitoren.

### Wenige Männer mit Ejaculatio praecox suchen ärztlichen Rat

Die Rate der Männer, die wegen einer Ejaculatio praecox einen Arzt aufsucht, ist nach heutigen Erkenntnissen gering. In einigen Befragungen gaben lediglich 9% der Betroffenen an, dass sie mit einem Arzt über ihr Problem gesprochen hatten – noch weniger hatten einen Sexualmediziner aufgesucht. Mehr als die Hälfte der Männer, die wegen der Ejaculatio praecox keinen Arzt aufgesucht hatten, sagten, dass sie dies nie in Erwägung gezogen hätten. Ein Hauptgrund dafür ist offenbar, dass viele Männer sich davon keine echte Hilfe versprechen, sich schämen, über dieses Problem mit einem Mediziner zu sprechen, oder Angst davor haben, dass Sexualität seine Spontanität verliert. Eine Reihe von Männern versuchte über gängige Praktiken eine Besserung seiner Symptome zu erreichen. Genannt wurden das Einnehmen spezieller Positionen beim Geschlechtsverkehr, Ablenkungsstrategien, eine Unterbrechung der Stimulation, Masturbation sowie häufiger Geschlechtsverkehr.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich nur ein geringer Anteil der Männer mit Ejaculatio praecox in medizinische Behandlung begibt. Den meisten Männern mit dieser Erkrankung kann damit therapeutisch nur geholfen werden, wenn der Arzt das Thema in der Praxis aktiv anspricht und durch eine geeignete Gesprächsführung eine Öffnung des Patienten für die Thematik erreicht werden kann [13, 17]. Seit einigen Jahren existieren zugelassene medikamentöse Therapieoptionen (Dapoxetin), auf die jedoch an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll.

## Fazit

Die Ejaculatio praecox und die erektile Dysfunktion sind die häufigsten Sexualstörungen des Mannes.

Die erektile Dysfunktion ist eine weitgehend altersabhängige Erkrankung. Die Gesamtprävalenz bei 30 bis 70-Jährigen beträgt ca. 20%. In den Altersklassen besteht jedoch ein unterschiedlicher Leidensdruck: Vor allem in den Altersklassen der 30 bis 60-Jährigen ist er relevant hoch. Dies bedeutet auf der anderen Seite, dass zwar in den höheren Altersklassen eine erektile Dysfunktion sehr häufig vorkommt, jedoch ein Leidensdruck eher seltener besteht und sich damit keine Behandlungsindikation ergibt. Entscheidend für die erektile Dysfunktion ist das Verständnis, dass es sich in der Regel um das Symptom einer Grunderkrankung handelt, sodass immer eine Umfelddiagnostik erfolgen sollte. Die häufigsten Grunderkrankungen sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Prostataerkrankungen etc.

Die Häufigkeit der Ejaculatio praecox über alle Altersgruppen beträgt ebenfalls ca. 20%. Es gibt soziokulturelle Unterschiede in der Häufigkeit einer EP und der subjektiven Interpretation bzw. des Leidensdrucks. Dies macht die Einordnung dieses Symptoms in einem individuellen Kontext erforderlich. Man unterscheidet eine primäre (lebenslange) Ejaculatio praecox von einer sekundären erworbenen Ejaculatio praecox. Vor allem die primäre Ejaculatio praecox ist nach gegenwärtigem Kenntnisstand durch Transmitterstörungen im ZNS zumindest mitbedingt. Hier greifen auch therapeutische Konzepte, die teils medikamentös, teils verhaltenstherapeutisch basiert sind. Eine EP kann über die Messung der intervaginalen Ejakulations-Latenzzeit (IELT) zwar objektiviert werden, dies ist jedoch nur für wissenschaftliche Fragestellungen (z. B. Therapiestudien) sinnvoll. Betont werden muss, dass nur wenige Männer mit EP ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

## Empfehlungen für die Politik

- ➢ Zwar haben sich bezüglich der Männersexualstörungen (erektile Dysfunktion, Eja-

culatio praecox) deutliche Fortschritte in Diagnostik und Therapie ergeben, dennoch gelten Sexualstörungen immer noch als tabuisiert. Hier ist weitere Aufklärungsarbeit nötig. Wesentlich ist, dass männliche Sexualstörungen eine Partnerschaft deutlich beeinflussen können und damit eine hohe Relevanz für die Lebensqualität aufweisen. Dies gilt auch für ältere Paare.

➢ Insbesondere bezüglich der erektilen Dysfunktion muss noch weitere Aufklärungsarbeit erfolgen. Diese ist sehr häufig Symptom einer Grunderkrankung und geht einer zum Beispiel kardiovaskulären Erkrankung ca. 2–5 Jahre voraus. Dies bedeutet, dass die erektile Dysfunktion unter anderem sehr gut im Rahmen von Vorsorgeprogrammen als Symptom (!) aufgenommen werden kann, die dann sekundär zu einer Ursachensuche führen.

➢ Auch die Forschung bezüglich der Ursachen einer EP ist – anders als die bereits weit fortgeschrittene Forschung zur ED – noch verbesserungsfähig. Hier besteht weiterer Grundlagenforschungsbedarf.

## Literatur


1 Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: Results of the »Cologne Male Survey«. Int J Impot Res. 2000;12:1–7.

2 Rinnab L, Schrader AJ, Schrader M et al. Male sexuality in the elderly. Urologe. 2012; 51:1399–1413.

3 Klotz T. Erektile Dysfunktion – Ein Leitfaden für die Praxis. Ratgeber. Bremen: Uni-Med Verlag; 2005.

4 Sperling H, Hartmann U, Weidner W, Stief CG. Erektile Dysfunktion – Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt. 2005;12:A1664–1669.

5 Jordan TB, Ernst R, Hatzichristodoulou G, Dinkel A, Klorek T, Beyrle C, Gschwend JE, Herkommer K. Paarsexualität 5 Jahre nach radikaler Prostatektomie. Der Urologe. 2015;54(10):1407–1413.

6 Carson C, Gunn K. Premature ejaculation: definition and prevalence. Int J Impot Res. 2006;18 Suppl 1:S5–13.

7 Porst H, Motorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities and Professional Help-Seeking. Eur Urol. 2007;51(3):816–823.

8 Giuliano F, Patrick DL, Porst H, et al. Premature Ejaculation: Results from a Five-Country European Observational Study. European Urology. 2008;53:1048–1057.

9 Motorsi F. Prevalence of Premature Ejaculation: A Global and Regional Perspective. J Sex Med. 2005;Suppl 2:96–102.

10 Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T; GSSAB Investigators Group. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence an correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res. 2005;17(1):39–57.

11 Carson CC, Glasser DB, Laumann EO, West SL, Rosen RC. Prevalence and dorrelates of premature ejaculation among men aged 40 years and older: A United States nationwide population-based study [abstract]. J Urol. 2003;169(Suppl.4):321.

12 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. JAMA. 1999;281:537–544.

13 Sommer F, Gerwe M. Behandlungsoptionen der Ejaculato praecox: Schwerpunkt auf Dapoxetin. Blickpunkt der Mann. 2010;8(1):29–36.

14 Schmitges J, Sommer F. Ejaculatio praecox – das Mysterium einer Krankheit. Blickpunkt der Mann. 2006;4(3):29–35.

15 Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mudayat R, Schweitzer DH, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. J Sex Med. 2005;2(4):492–497.

16 Corona G, Petrone L, Mannucci E, Jannini EA, Mansani R, Magini A, Giommi R, Forti G, Maggi M. Psychobiological correlates of rapid ejaculation in patients attending to an Andrologic Unit for Sexual Dysfuncions. Eur Urol. 2004;46:615–622.

17 Sotomayor M. The burden of premature ejaculation: the patiens perspective. J Sex Med. 2005;2(Suppl 2):110–114.

18 Giuliano F, Patrick DL, Porst H, La Pera G, Kokoszka a, Merchant S, Rothman M, Gagnon DD, Polverejan E; 3004 Study group. Premature ejaculation: results from a five-country European observational study. Eur Urol 2008; 53: 108–157.

19 Sommer F, Korda B, mathers MJ, Klotz T, Fath R-Ejaculatio praecox. Bremen: Uni-med Verlag; 2010, S. 52–53.

20 NIK Consensus Conference 1993. Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion. http://www.dgn.org/leitlinien/2422-II-82-2012-diagnostik-und-therapie-der-ereektion-dysfunktion (13.02.2017).

# 4.4 Sexuelle Störungen bei psychischen Erkrankungen

*Michael Hettich*

**Zusammenfassung**
Sexuelle Störungen bei psychischen Erkrankungen haben aufgrund ihrer hohen Prävalenz eine außerordentliche Bedeutung für die gesundheitsmedizinische Versorgung von Männern. Gleichzeitig werden sexuelle Probleme wenig in der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen berücksichtigt. Sexuelle Probleme treten sowohl bei affektiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen als auch bei Abhängigkeitserkrankungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen auf. Psychische Erkrankungen sind komplexe Störungsbilder mit vielen psychosozialen Belastungsfaktoren, die sich negativ auf zwischenmenschliche Beziehungen auswirken und damit zu Schwierigkeiten im Sexualleben führen. In der Behandlung psychischer Erkrankungen sind sexuelle Störungen aktiv zu erfragen und in der Therapieplanung zu berücksichtigen. Hierfür ist es erforderlich, dass in der Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten ein stärkerer Schwerpunkt auf diese Problematik gelegt wird.

**Summary: Sexual disorders related to mental diseases**
Because of its high prevalence sexual dysfunction in mental illness has an extreme importance of the medical care for men. At the same time sexual problems are not taken into account in the diagnosis and treatment of mental illness. Sexual problems occur in mood disorder, anxiety and obsessive-compulsive disorder, as well as in addiction disorders, psychosis and personality disorder. Mental illness is a complex disorder with many psychosocial stress factors, which have a negative impact on interpersonal relationships and leading therefore to difficulties in sexual life. In the treatment of mental disorders sexual disorders have to be actively checked and when needed to be included in the treatment planning. A stronger emphasis on this issue is therefore required in the training of doctors and psychotherapists.

---

## Einleitung

Psychische Erkrankungen betreffen immer den ganzen Menschen. Er ist in seinem Fühlen, Denken und Handeln, aber auch in seinen Körperreaktionen verändert. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass 50–90% der psychisch erkrankten Menschen auch unter sexuellen Problemen leiden [1, 2]. 30% der Männer in der Allgemeinbevölkerung leiden unter sexuellen Problemen, 12% davon leiden zusätzlich unter einer psychischen Erkrankung [1]. Bei einer Prävalenz von ca. 30% für psychische Erkrankungen in der Bevölkerung und der gleichzeitig hohen Prävalenz von sexuellen Problemen bei psychisch erkrankten Menschen wird die hohe Relevanz des Themas der sexuellen Störungen bei psychischen Erkrankungen für die gesundheitsmedizinische Versorgung deutlich. Die Erfahrungen aus der klinischen Praxis zeigen jedoch, dass sexuelle Probleme in Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen wenig mit einbezogen werden.

Sexuelle Störungen können sowohl Bestandteil des zugrundeliegenden psychischen

Syndroms, wie zum Beispiel bei der Manie oder der Depression, oder eine Folge der psychischen Erkrankung (die fortan in Wechselwirkung zueinander treten) sein, wie etwa bei Persönlichkeitsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen [3]. Sexuelle Probleme können aber auch über negative Folgen für Selbstwert, Affektregulation und soziale Beziehungen psychische Erkrankungen verursachen oder aufrechterhalten [3]. Auch die Behandlung psychischer Erkrankungen kann erheblichen Einfluss auf die Sexualität haben, so führen viele Psychopharmaka, insbesondere bei Männern, zu sexuellen Nebenwirkungen, weshalb diese Medikamente von Männern häufig nicht über einen längeren Zeitraum eingenommen werden.

## Sexuelle Störungen bei ausgewählten psychischen Erkrankungen

### Affektive Störungen

Sämtliche depressive Störungen von Krankheitswert, auch unter Einbeziehung leichterer Formen, weisen eine Punktprävalenz von etwa 15 bis 30% auf. Bei ca. einem Fünftel der Patienten, die an einer depressiven Episode erkranken, treten zusätzlich zu depressiven Phasen auch hypomanische, manische oder gemischte Episoden auf. Das heißt, es entwickelt sich eine bipolare affektive Erkrankung. Bei Männern wird davon ausgegangen, dass die prototypischen Depressionssymptome (z. B. niedergedrückte Stimmung, Lust- und Interesselosigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit etc.) durch männertypische externalisierende Copingstrategien (z. B. Aggressivität, Suchtmittelkonsum, Hyperaktivität oder Risikoverhalten) verdeckt werden, was die Diagnose einer Depression bei Männern erschwert. Depressionen bei Männern zeigen sich häufig in erhöhter Reizbarkeit, Ärger, Impulsivität und Risikobereitschaft, erhöhtem Alkoholkonsum, ständigem Arbeiten sowie Rückzug und Isolation von Familie und Freunden. Führendes Symptom sexueller Störungen bei Depressionen ist der Appetenzmangel, also der Verlust des sexuellen Verlangens. Die Luststörung ist bei depressiven Menschen bis zu fünfmal höher als bei gesunden [4]. Der Verlust des sexuellen Verlangens bei depressiven Männern wird einerseits einer Unterfunktion des serotonergen Systems im limbischen System zugeschrieben, andererseits einer Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse mit erhöhtem Kortisolspiegel [5]. Des Weiteren kommt es bei depressiven Männern zu Erregungs- und Orgasmusstörungen. So haben Untersuchungen gezeigt, dass die Phasen der nächtlichen Erektion des Penis bei depressiven Männern verkürzt sind und sich die Prävalenz eines vorzeitigen Samenergusses verdoppelt [4]. Im Gegensatz dazu ist in manischen Episoden das sexuelle Verlangen gesteigert. Dies zeigt sich in einer hypersexuellen Symptomatik mit Promiskuität, Affären oder riskantem sexuellem Verhalten [6,7].

Differenzialdiagnostisch ist zwischen psychotischen Depressionen und depressiven Reaktionen oder Dysthymie zu unterscheiden. Bei den schweren psychotischen Depressionen steht zunächst die psychische Behandlung ganz im Vordergrund. Bei den übrigen Patienten muss der Schwerpunkt auf der Psychotherapie der Depression liegen, wodurch sich häufig die sexuelle Symptomatik parallel zum Therapieerfolg bei der Depression bessert [8]. In der Diagnostik depressiver Erkrankungen sind zusätzlich auftretende sexuelle Probleme aktiv zu erfragen. Dabei ist auf die zeitliche Abfolge zu achten, da sexuelle Störungen auch sekundär eine Depression verursachen können. In der Behandlung depressiver Störungen stehen – neben Psychotherapie – Antidepressiva im Vordergrund. Bei den meisten Antidepressiva können jedoch als Nebenwirkungen sexuelle Probleme auftreten. Während Frauen unter Antidepressiva häufig unter Erregungsstörungen leiden, weisen Männer eine höhere Rate

von Appetenz- und Orgasmusstörungen auf. Am häufigsten berichteten die männlichen Patienten von Erektionsstörungen, verzögerter oder ausbleibender Ejakulation und Anorgasmie. In einer Metaanalyse der gängigen Antidepressiva über das Auftreten sexueller Nebenwirkungen von Serretti und Chiesa leiden 80 bis 96% der Patienten unter der medikamentösen Therapie mit Antidepressiva unter sexuellen Störungen [9]. In der klinischen Praxis sind Nebenwirkungen unter Antidepressiva aktiv zu erfragen. Patienten, die mit Antidepressiva behandelt werden, berichten viermal häufiger von sexuellen Nebenwirkungen, wenn sie direkt auf ihre Sexualität angesprochen werden. In der Therapie von Depressionen bei Männern ist daher auf die Auswahl des Antidepressivums zu achten. Keinen Unterschied bezüglich der sexuellen Funktion zu Placebo zeigen Antidepressiva wie Agomelatin, Bupropion, Moclobemid und Mirtazapin.

### Abhängigkeitserkrankungen

Der Konsum von Alkohol und Drogen ist eine häufig genutzte Copingstrategie von Männern in psychosozialen Belastungssituationen. Vor dem Hintergrund, dass 5% der deutschen Männer unter einer Alkoholabhängigkeit leiden, ca. 34% der männlichen Bevölkerung in Deutschland Nikotin konsumiert und 17% Cannabis, wird die sozialpolitische Bedeutung des Suchtmittelkonsums deutlich. Nahezu alle Drogen haben ein verändertes sexuelles Erleben zur Folge. Alkohol, Cannabis und Kokain können in geringen Dosen die Empfänglichkeit für sexuelle Reize erhöhen und sexuelle Ängste hemmen. Alkohol fördert in niedrigen Dosierungen das sexuelle Verlangen und die Durchblutung des Penis, höhere Dosierungen reduzieren jedoch die genitale Durchblutung. Der chronische Alkoholmissbrauch führt in bis zu 90% der Fälle zu sexuellen Störungen, da Alkohol direkt und indirekt über die zunehmende Leberschädigung und der entsprechend verminderten Testosteronproduktion den Testosteronspiegel im Blut senkt, was die sexuelle Appetenz mindert. Zudem können über alkoholbedingte Gefäßveränderungen Erektionsstörungen entstehen [10]. Die Alkoholabhängigkeit führt aber nicht zuletzt auch über die mit der Erkrankung einhergehenden Partnerschaftsprobleme zu sexuellen Schwierigkeiten. Cannabis kann die Testosteron- und Spermienproduktion herabsetzen. Kokain verursacht langfristig Lust-, Erektions- und Orgasmusstörungen. Opiate, aber auch Substitutionspräparate führen langfristig zu einer Störung des Verlangens [3]. Nur in den seltensten Fällen werden sexuelle Störungen in die Behandlung und Beratung von alkohol- oder drogenkranken Menschen mit einbezogen.

### Angststörungen

5 bis 30% der Bevölkerung leiden in ihrem Leben unter einer Angststörung. Angst ist der zentrale Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Störungen. Insbesondere die Versagensangst ist wesentlicher psychologischer Mechanismus bei primär psychogener Erektionsstörung [3]. Ängste führen über eine verstärkte Sympathikusaktivität zur Hemmung der sexuellen Erregung. Eine Übersichtsarbeit zu sexuellen Störungen bei Angstpatienten findet sich bei Laurent und Simon [4]. Angsterkrankungen wirken sich sehr unterschiedlich auf Sexualität aus: Panikstörungen führen häufiger zu sexuellen Problemen als soziale Phobien. Soziale Phobien sind bei Männern häufig mit vorzeitigem Samenerguss kombiniert. Patienten mit Ejaculatio praecox leiden elfmal häufiger an sozialer Phobie als gesunde Männer. Sozial phobische Männer haben Mühe, sexuell erregt zu werden und erleben weniger und oft stark verzögerte Orgasmen. Männer mit Panikstörungen leiden häufiger an sexueller Aversion, vorzeitigem Samenerguss und Luststörungen, wohingegen Erektionsstörungen bei ihnen seltener auftreten [4]. Männer, die unter hy-

pochondrischen Ängsten leiden, haben häufig die Angst vor Sexualität, insbesondere dann, wenn sich die Angst auf das Herz-Kreislauf-System bezieht, allen voran bei der Angst vor Schlaganfall und Herzinfarkt. Immer häufiger zeigen sich auch Ängste bei Männern, die aufgrund maligner Herzrhythmusstörungen einen Cardioverter/Defibrillator implantiert bekommen. Jährlich sterben 100.000 Menschen in der Bundesrepublik Deutschland an einem plötzlichen Herztod. Männer sind mit einem Anteil von 70% wesentlich häufiger davon betroffen als Frauen. Seit den 1990er Jahren ist in der Behandlung von Herzrhythmusstörungen die Implantation eines Cardioverter/Defibrillators gegenüber der medikamentösen Behandlung überlegen und wird deshalb zunehmend eingesetzt. Die Häufigkeit depressiver Symptome unter Therapie mit Cardioverter/Defibrillator wird auf 13 bis 33% geschätzt [10]. 45% der Cardioverter/Defibrillator-Träger entwickeln ein Abhängigkeitsgefühl von ihrem Implantat [10] und 35% der Patienten haben Bedenken bezüglich einer unerwarteten Entladung des Defibrillators [5]. Die Prävalenzrate für Panikstörungen und Agoraphobie bei Cardioverter/Defibrillator-Therapie liegt zwischen 10 bis 30% [11]. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Patienten, die einen Cardioverter/Defibrillator tragen, aufgrund der Angst vor unerwarteten Entladungen des Aggregates ein Schonverhalten entwickeln, das sich auch auf das Sexualleben auswirkt. Die Patienten vermeiden die körperliche Anstrengung beim Geschlechtsverkehr aus Angst vor einer plötzlichen Entladung des Defibrillators, was zur sexuellen Hemmung bis zur völligen Vermeidung von Sexualität führt.

## Zwangsstörungen

Studien zur Sexualität bei Zwangsstörungen berichten, dass bei den Patienten eine große Unzufriedenheit mit der Sexualität besteht, jedoch weniger spezifische sexuelle Störungen vorliegen. Zwangspatienten machen in ihrem Leben häufig keine oder nur wenig sexuelle Erfahrungen [3]. Symptome wie Angst vor Kontamination durch Körperflüssigkeiten können zu sexuellen Aversionen und Vermeidungsverhalten führen [12]. Ein besonderes Problem stellen sexuelle Zwangsgedanken dar, die sich stereotyp aufdrängen und als wesensfremd erlebt werden. Inhaltlich geht es dabei meist um sexuelles Verhalten anderen gegenüber, zum Beispiel um sexuelle Handlungen mit Kindern, homosexuelle Kontakte, »verbotene« oder »perverse« Gedanken, Bilder und Impulse, die entsprechende Zwangshandlungen nach sich ziehen können. Diese Zwangsgedanken führen häufig dazu, dass die Patienten sexuelle Reize meiden.

## Psychosen

Psychosen gehen mit Störungen des Denkens, Wahrnehmens und Willens einher. Sie sind verbunden mit Realitätsverlust und kognitiven Leistungseinbußen. In akuten Phasen steht die Positivsymptomatik mit Wahn, Halluzinationen, inhaltlichen Denkstörungen und Ich-Störungen im Vordergrund, mit zunehmender Krankheitsdauer zeigt sich eine Negativsymptomatik mit Affekt- und Antriebsarmut, Abnahme von Mimik, Gestik und Sprache sowie kognitiven Defiziten. Sexuelle Funktionsstörungen bei Patienten, die an einer Psychose erkrankt sind, werden mit 47% angegeben [8]. Schon die prämorbide Sexualität ist durch geringes Interesse und eine verzögerte sexuelle Entwicklung verändert [8]. Häufig findet sich Masturbation als einzige sexuelle Aktivität, die in akuten Krankheitsphasen auch exzessiv betrieben wird. Die Behandlung mit Neuroleptika kann die krankheitsbedingten sexuellen Störungen nochmals verstärken. Dabei scheint die Erkrankung selbst eher das sexuelle Verlangen zu reduzieren, während die Neuroleptika zusätzlich zu Erektions- und Orgasmusproblemen führen [13]. Da psychotische Erkrankun-

gen häufig mit einem sozialen Rückzug und autistischem Verhalten einhergehen, ist häufig auch die partnerschaftliche Kommunikation beeinträchtigt, was wiederum Auswirkungen auf das Sexualleben hat. 40% der schizophrenen Männer berichten, noch nie eine sexuelle Beziehung gehabt zu haben [14], 75% der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen haben keine feste Partnerschaft [3].

### Persönlichkeitsstörungen

5 bis 10% der Gesamtbevölkerung leiden unter einer Persönlichkeitsstörung. Bei einer Persönlichkeitsstörung sind Erlebnis- und Verhaltensmuster häufig unflexibel und wenig angepasst, was zu personellen Problemen im Sinne einer Beziehungs- oder Interaktionsstörung und damit auch zu sexuellen Problemen führt [3]. Bei Menschen mit schizoiden Persönlichkeitsstörungen wurde vermehrt sexuelles Desinteresse gefunden. Im forensischen Kontext zeigte sich im Rahmen dieser Persönlichkeitsstörung häufig eine Kombination mit Paraphilien (vor allem mit sexuellem Sadismus). Bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung steht die erhebliche Beziehungsproblematik durch eine Instabilität in Affekt, Beziehung und Selbstbild sowie Impulsivität im Vordergrund. 60% der Patienten mit Borderline-Störung geben sexuelle Schwierigkeiten an. Dabei können sexuelle Aktivitäten an frühere Traumatisierungen erinnern und damit die Borderline-Symptomatik verstärken. Bei Männern mit Borderline-Störung findet sich gehäuft eine gesteigerte sexuelle Impulsivität. Bei Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen ist aufgrund der Suche nach Abwechslung und neuen Erlebnissen sowie Anerkennung häufig eine Steigerung des sexuellen Verlangens und der Erregbarkeit bzw. ein Hochrisikosexualverhalten zu finden. Patienten mit vermeidenden Persönlichkeitsstörungen haben häufig große Angst vor sozialem Kontakt und intimen Beziehungen aufgrund ihrer Angst vor negativen Bewertungen. Patienten mit abhängigen Persönlichkeitsstörungen zeigen häufig ein anklammerndes und unterwürfiges Verhalten in Beziehungen mit negativen Folgen für die Sexualität dieser Patienten [6].

### Hypersexualität

Hypersexualität ist bei Klinikern und Wissenschaftlern bisher ein sehr umstrittenes Krankheitskonzept. Unklar ist, ob Hypersexualität als Impulskontrollstörung, Zwangsstörung oder als Sucht verstanden werden soll [15]. Bisher gibt es weder im amerikanischen Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen noch in der Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) eine eigene Diagnose für Hypersexualität. Dabei ist die Komorbidität zwischen hypersexuellem Verhalten und anderen psychischen Erkrankungen sehr hoch. Je nach Untersuchung liegen diese Raten zwischen 39% und 72% für affektive Störungen, zwischen 38% und 96% für Angststörungen und zwischen 38% und 71% für Substanzmissbrauch [16–18]. 25% der Menschen mit Hypersexualität leiden an einer sozialen Phobie [17], bei 45% lässt sich eine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren [18]. Kuzma und Black gehen davon aus, dass 3 bis 6% der Bevölkerung in Amerika unter Hypersexualität leidet, bei einem Geschlechtsverhältnis von 4:1 zugunsten der Männer [19]. Bei Männern zeigt sich Hypersexualität in zwanghafter Masturbation, exzessivem Pornokonsum, häufigen sexuellen Verabredungen mit fremden Frauen und Aufsuchen von Prostituierten. Dabei wird viel Zeit auf sexuelle Fantasien und Handlungen verwendet, die auch als Reaktion auf negative Stimmung und Stresserleben eingesetzt werden. Die Beschäftigung mit sexuellen Handlungen und Fantasien entzieht sich dabei der wirklichen Kontrolle und wird fortgesetzt, obwohl dies mit negativen Konsequenzen für sich und andere verbunden ist. Schneider und Schneider fanden bei Patienten mit Hypersexualität, dass bei 40% mindestens ein Elternteil suchtmittelabhängig

war und 60% gaben an, dass ein Elternteil ebenfalls unter Hypersexualität litt. Bei ca. 30% der Patienten mit Hypersexualität finden sich sexuelle Missbrauchserfahrungen [20].

## Handlungsempfehlungen

### *Empfehlungen für die Gesundheitsversorgung*

Patienten mit psychischen Erkrankungen weisen häufig komplexe Störungsbilder auf mit vielen Belastungsfaktoren, die sich negativ auf zwischenmenschliche Beziehungen auswirken und damit zu Schwierigkeiten im Sexualleben führen. Für die klinische Praxis ist daher eine umfassende Aufklärung unter anderem der prämorbiden Sexualität sowie der Entstehungsgeschichte der psychischen und auch der sexuellen Problematik zu fordern [5]. In der Behandlung der psychischen Erkrankung sollten strukturierte Elemente zum Einsatz kommen, welche Veränderungen auf allen Ebenen des sexuellen Erlebens (Lust, Erregung, Orgasmus, Befriedigung) erfassen [2, 7]. Dabei ist das direkte Erfragen der sexuellen Symptome entscheidend, da die wenigsten Patienten diese spontan berichten. Zwar steht die Behandlung der primär psychischen Symptomatik im Vordergrund, die Auswirkungen auf die Sexualität sind dabei jedoch zu berücksichtigen. Dies bezieht sich insbesondere auf den Einsatz von Psychopharmaka. Dabei ist die Aufklärung über die Nebenwirkungen von Psychopharmaka entscheidend, zum Beispiel darüber, dass unter der Einnahme von Antidepressiva die subjektive Wichtigkeit von Sexualität häufig herabgesetzt ist. Bleibt unter den Psychopharmaka die Sexualität weiterhin gestört und besteht diesbezüglich ein Leidensdruck, muss eine Reduktion der Dosis oder ein Medikamentenwechsel in Betracht gezogen werden. Auch der Einsatz von PDE-5-Hemmern, also Medikamenten die die Erektion stärken, können begleitend zur psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung der psychischen Grunderkrankung sind bei zusätzlich auftretender Sexualsymptomatik sexual- und paartherapeutische Ansätze in das Behandlungsprogramm zu integrieren. Nicht selten liegen sowohl der psychischen Erkrankung als auch der sexuellen Störung Beziehungsprobleme zugrunde und sind von daher in die Therapie mit einzubeziehen.

### *Empfehlungen für die Gesundheitspolitik*

Insgesamt ist zu fordern, dass sexuelle Funktionsstörungen in Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen stärker berücksichtigt werden. Hierfür ist es erforderlich, dass in der Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten ein stärkerer Schwerpunkt auf diese Problematik gelegt wird.

## Literatur


1 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281:537–544.

2 Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. Adv Psychosom Med. 2008;29:89–106.

3 Schmidt H, Berner M. Sexuelle Störungen bei psychiatrischen Erkrankungen. In: Briken P, Berner M (Hrsg.), Praxisbuch Sexuelle Störungen. 1. Aufla-ge.: Thieme; 2013:158–174.

4 Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety. Clin Psychol Rev. 2009;29:573–585.

5 Yang JC, Park K, Eun SJ et al. Assessment of cerebrocortical areas associated with sexual arousal in depressed women using functional MR imaging. J Sex Med. 2008;5:602–609.

6 Brotto L, Knudson G, Inskip J et al. Asexuality: A Mixed-Methods Approach. Arch Sex Behav. 2010;39:599–618.

7 Clayton AH, Balon R. The impact of mental illness and psychotropic medications on sexual functioning: The evidence and management. J Sex Med. 2009;6:1200–1211.

8 Kockott G, Farner EM. Sexualstörungen des Mannes. Göttingen: Hogrefe; 2000:59–61.

9 Serretti A, Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. Int Clin Psychopharmacol. 2011;26:130–140.
10 Schöhl W, Trappe HJ, Lichtlen PR. Akzeptanz und Lebensqualität nach Implantation eines automatischen Kardioverter/Defibrillators. Z Kardiol. 1994;83:927–932.
11 Bourke JP, Turkington D, Thomas G, McComp JM, Tynan M Florid psychopathology in patients receiving shocks from implanted cardioverter-defibrillator. Heart. 1997;76:581–583.
12 Freund B, Steketee G. Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patient. J Sex Marital Ther. 1989;15:31–41.
13 Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P et al. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. J Clin Psychiatry. 1995;56:137–141.
14 Bhui K, Puffet A, Strathdee G. Sexual and relationship problems amongst patients with severe chronic psychoses. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1997;32:459–467.
15 Stark R. Hypersexualität. In: Stirn A, Stark R, Tabbert K, Wehrum-Osinsky S, Oddo S (Hrsg.), Sexualität, Körper und Neurobiologie. Kohlhammer; 2013:206–215.
16 Black DW, Kehrberg LL, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristic of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. AM J Psychiatry. 1997;154:243–249.
17 Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV axis I comorbidity study of males with paraphilias and paraphilia-related disorders. Sex Abuse. 2002;14:349–366.
18 Raymond NC, Coelman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. Compr Psychiatry. 2003;44:370–380.
19 Kuzma JM, Black DW. Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. Psychiatr Clin North Am. 2008;31:603–611.
20 Schneider JP, Schneider BH. Couple recovery from sexual addiction/co-addiction: Research findings of a survey of 88 marriages. Sex Addict Compulsivity. 1996;3:111–126.

# 4.5 Sexuell übertragbare Infektionen und ihre Bedeutung für die Männergesundheit und männliche Sexualität

*Matthias Stiehler*

**Zusammenfassung**
Sexuell übertragbare Infektionen (STI) gehören zur Sexualität. Seit den 2000er Jahren wird wieder eine Zunahme dieser Krankheitsgruppe registriert. Dabei wird ein Zusammenhang zwischen HIV-Infektionen und den Infektionen mit den klassischen, bakteriellen STI gesehen. Hat die HIV-Prävention seit Beginn der 80er Jahre auch zu einer Abnahme von Gonokokken, Chlamydien und Syphilis geführt, steigen all diese Infektionen im Zuge veränderter Behandlungsoptionen von HIV wieder an und geraten so auch wieder stärker in den Fokus von Medizin und Prävention. Gleiches gilt für (auch) sexuell übertragbare Virusinfektionen (Hepatitis, HPV).

Von fast allen dieser STI sind Männer stärker betroffen als Frauen. In Deutschland spielt, wie in den meisten westlichen Ländern, die Übertragung von Mann zu Mann die größte Rolle. Weltweit ist jedoch die heterosexuelle Transmission bedeutsamer. Die Bedeutung, die die sexuell übertragbaren Infektionen für das Verständnis männlicher Sexualität besitzen, resultiert aus dem ersichtlichen Sexualverhalten von Männern. Es ist über kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse hinweg durch deutlich größere Promiskuität und Risikobereitschaft geprägt. Die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen braucht daher eine geschlechtsspezifische Ansprache, die auch die Lebenswelten der Männer im Blick hat.

**Summary: Sexually transmitted infections and their importance for men's health and sexuality**
Sexually transmitted infections (STI) are part of sexuality. Since the years after 2000 an increase in this group of diseases is recorded. Here, a relationship between HIV infection and the infection with the classical bacterial STI is seen. Has HIV prevention since the early eighties has also led to a decrease in gonorrhea, chlamydia and syphilis. All of these infections in the wake of changed treatment options of HIV are rising again and fall more in the focus of medicine and prevention. The same also applies to sexually transmitted viral infections (Hepatitis, HPV).

In almost all of these STI men are more affected than women. In Germany, as in most Western countries, the transmission from man to man plays the biggest role. However, heterosexual transmission is more important worldwide. The meaning of sexually transmitted infections for the understanding of male sexuality results from the apparent sexual behavior of men. It is marked //on cultural and social influences by significantly greater promiscuity and willingness to take risks. The prevention of sexually transmitted infections, therefore, needs a gender approach, //which also includes the lifestyle of men.

---

## Einleitung

Sexuell übertragbare Infektionen (sexually transmitted infections – STI) sind ein zentrales Gesundheitsthema. Weltweit gesehen gilt:

> »Mehr als 1 Million Menschen erwerben täglich eine sexuell übertragbare Infektion. Jedes Jahr erkranken schätzungsweise 500 Millionen Menschen an einer der 4 STIs: Chlamydien, Gonorrhö, Syphilis und Trichomoniasis. STIs haben tiefgreifende Auswirkungen auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit weltweit, und zählen zu den Top 5 Krankheitskategorien, wegen denen Erwachsene Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen« [1].

Seit den 2000er Jahren gewinnt diese Krankheitsgruppe aufgrund zunehmender Infektionszahlen insbesondere in den westlichen Industrienationen wieder erhöhte Aufmerksamkeit. Als Ursache für diese Entwicklung werden die deutlichen Fortschritte bei der Behandelbarkeit von HIV-Infektionen gesehen [2]. Damit einher ging eine Lockerung der Fokussierung allein auf HIV/AIDS, aber auch eine reale Zunahme der Erkrankungen aufgrund geänderten Schutzverhaltens. Beide Faktoren werden im Folgenden bei der Darstellung einzelner STI noch besprochen. Eine Folge dieser Entwicklung ist die zunehmende Einordnung auch von HIV-Infektionen in die Gruppe der STI.

Für das Thema Männergesundheit sind die sexuell übertragbaren Infektionen aus drei Gründen relevant: Zum einen sind Männer in vielen Fällen häufiger betroffen als Frauen. Das hat manchmal mit Übertragungswegen, zumeist aber mit Verhaltensaspekten zu tun. Dadurch stellt sich – zweitens – fast zwangsläufig die Frage nach männlicher Sexualität. Da Sexualität unauflöslich mit dem Beziehungsgeschehen verbunden ist, spielen diese Aspekte auch bei den STI eine zentrale Rolle. Das wiederum eröffnet als dritten Aspekt den Blick auf die gesellschaftliche Wahrnehmung männlicher Sexualität.

## HIV/AIDS

Die Infektion mit dem HI-Virus (human immunodeficiency virus), die in den allermeisten Fällen unbehandelt zu AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) führt, ist die sexuell übertragbare Infektion mit dem höchsten Aufmerksamkeitswert. Dies führt beispielsweise dazu, dass Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zumeist von AIDS *und* STI sprechen und die Fachberatungsstellen der Gesundheitsämter häufig beide Bezeichnungen in ihrem Namen tragen (z. B.: »Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Infektionen im Gesundheitsamt Dresden«). Nichtsdestotrotz lässt sich eine HIV-Infektion aufgrund ihrer Hauptübertragungswege in die Reihe der STI einordnen.

Der Grund für diese Sonderstellung liegt in erster Linie in dem Erschrecken, das die Entdeckung von AIDS Anfang der achtziger Jahre auslöste. Inmitten der damaligen Vorstellung, Infektionskrankheiten ließen sich mit dem Fortschreiten medizinischer Erkenntnisse wirksam bekämpfen [3], wurde plötzlich ein Virus entdeckt, gegen das es keine Heilungschancen gab und das zumeist erst Jahre nach einer Übertragung zu einer, dann aber tödlichen Krankheit führt.

Für das Thema Männergesundheit war von Beginn an bedeutsam, dass in der westlichen Welt vor allem homo- und bisexuelle Männer betroffen waren. Dies gilt in Deutschland bis heute. 2014 gab es bei Männern 2.864 Neudiagnosen, bei Frauen 659 [4]. Die Inzidenz lag damit bei Männern bei 7,2 Fällen je 100.000 Männer, die Inzidenz bei Frauen dagegen bei 1,6 je 100.000 Frauen [4]. Der relative Anteil von Männern an den HIV-Neudiagnosen liegt seit den 2000er Jahren kontinuierlich bei über 80% [4].

Ursache für die unterschiedliche Geschlechtsverteilung ist zum einen der Übertragungsmechanismus, zum anderen unterschiedliches Sexualverhalten. Der Transmissionsmechanismus lässt eine Übertragung »vom Mann weg« leichter zu. So besteht bei gleicher Viruslast eine höhere Infektiösität von Sperma gegenüber Scheidensekret. Zugleich sind die Angriffsflächen bei aufnehmendem Kontakt (Scheideninnenwände, Darm, Mundhöhle) größer als beim aktiven Sexualpartner (Eichelspitze, Vorhautinnenseite). Da Infektionsketten im heterosexuellen Bereich immer auch eine Übertragung »von der Frau weg« enthalten müssen, sind sie seltener als im homosexuellen Bereich.

Allerdings erklärt der Übertragungsmechanismus den Geschlechtsunterschied nur begrenzt. Während UNAIDS global von geschätzt 16.900.000 HIV-infizierten Männern ausgeht, nimmt diese Organisation bei Frauen eine Zahl von 17.400.000 an [5]. Und selbst bei einer Betrachtung ausschließlich von Europa liegt die heterosexuelle Transmission deutlich über den Infektionen von Männern durch Sex mit Männern [6]. Verhaltensaspekte und kulturelle Einflüsse müssen daher als wesentliche Faktoren des Infektionsgeschehens gesehen und in ihrer Geschlechtsspezifik verstanden werden.

## Virushepatitiden

Infektionen mit Hepatitisviren können Leberentzündungen (Hepatitis) mit unter Umständen schwerwiegenden Folgen verursachen. Sexuelle Übertragungswege spielen insbesondere bei Hepatitis B (inkl. D) und C eine Rolle. Bestimmte Sexualpraktiken können zudem zu einer Hepatitis A führen.

Die Übertragung von Hepatitis B verläuft ähnlich wie die des HI-Virus über Blut, Sperma und Scheidensekret. Hinzu kommt als potenziell infektiöse Flüssigkeit auch Speichel, sodass neben eindringenden sexuellen Kontakten auch intensives Küssen als Übertragungsweg infrage kommt. Das Hepatitis D-Virus hingegen kann ausschließlich gemeinsam mit dem Hepatitis B-Virus übertragen werden, sodass eine Hepatitis B-Prophylaxe auch eine Infektion mit HDV (Hepatitis D-Virus) ausschließt.

Hepatitis B gehört zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit [7]. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation waren bzw. sind etwa 2 Milliarden Menschen mit dem Hepatitis B-Virus infiziert. Davon durchlaufen etwa 240 Millionen eine chronische Infektion und ca. 780.000 sterben jedes Jahr [8]. In Deutschland zählt Hepatitis B gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 7 Abs. 1 zu den meldepflichtigen Krankheiten. 2014 wurden 2.374 Hepatitis B-Infektionen gemeldet, von denen 755 den Referenzbestimmungen entsprachen [7]. Die Inzidenz für Hepatitis B lag bei Männern mit 1,3 Infektionen pro 100.000 Männer deutlich höher als bei Frauen (0,6):

> »Bei Männern zeigte sich der Häufigkeitsgipfel in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen. […] Mit Ausnahme der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen, in der die Inzidenz bei Männern und Frauen annähernd gleich war, zeigte sich beginnend mit der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen eine durchweg höhere Inzidenz bei Männern im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen« [7, S. 275].

Der Infektionsweg bei den Männern lag in den meisten Fällen bei gleichgeschlechtlichen Kontakten [7], was den Gender Gap erklärt.

Die zentrale Präventionsmöglichkeit von Hepatitis B- und damit indirekt auch von Hepatitis D-Infektionen besteht in einer Schutzimpfung. Sie ist in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission für das Säuglingsalter vorgesehen [9]. Die Sächsische Impfkommission geht noch einen Schritt weiter und empfiehlt für bestimmte Risikogruppen die Impfung auch im Erwachsenenalter [10]. Dazu zählt unter anderem die Gruppe der Män-

ner, die Sex mit Männern haben. Aufgrund der Verfügbarkeit einer HBV/HAV-(Hepatitis B- und Hepatitis A-Virus-)Kombinationsimpfung wird bei ihrer Anwendung auch ein Schutz gegen das Hepatitis A-Virus erreicht, dass unter Umständen bei bestimmten Sexualpraktiken (anal-orale Kontakte) ebenfalls übertragen werden kann.

Neben Hepatitis B spielt Hepatitis C eine wichtige Rolle unter den Hepatitiden. Zumeist geschieht eine Übertragung durch kontaminiertes Blut, über sexuelle Kontakte deutlich seltener.

> »In bestimmten Betroffenengruppen bzw. bei bestimmten Sexualpraktiken scheint jedoch ein relevantes sexuelles Übertragungsrisiko zu existieren, z. B. bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten. Betroffen waren hauptsächlich HIV-positive Patienten, die ungeschützten Analverkehr und andere verletzungsträchtige Sexualpraktiken ausübten« [11].

Daher ist auch hier die Inzidenz mit 9,4 Erstdiagnosen je 100.000 Einwohnern bei Männern deutlich höher als bei Frauen (5,0) [12]. Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis C gibt es nicht. Allerdings sind die medikamentösen therapeutischen Optionen und damit die Heilungschancen in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen.

Als Fazit lässt sich auch bei den sexuellen Infektionen mit Hepatitisviren ein deutlicher Geschlechtsunterschied zu Ungunsten der Männer feststellen. Die Unterschiede hier bestehen vor allem im Übertragungsgeschehen, das durch bestimmte Sexualpraktiken gefördert wird. Auch hier ist eine Infektion »vom Mann weg« deutlich leichter möglich als von Frau zu Mann und von Frau zu Frau.

## Syphilis

Neben den viralen sexuell übertragbaren Infektionen gibt es eine Reihe bakterieller Infektionen. Zu den wichtigsten zählt ohne Zweifel die Syphilis. Syphilis (Synonym: Lues) ist eine weltweit verbreitete, durch Bakterien (Treponema pallidum) ausgelöste Geschlechtskrankheit. Die Übertragung findet meist direkt über die Haut und Schleimhaut statt, wenn diese Mikroläsionen aufweisen. Aufgrund der Empfindlichkeit der Bakterien gegenüber Austrocknung, Hitze und pH-Wert-Schwankungen spielt die Weitergabe des Erregers über Gegenstände, Türklinken, Klobrillen und ähnlichem keine Rolle. Die häufigsten Infektionsstellen sind Genital-, Anal- und Mundbereich, wobei in ca. 10% der Fälle auch jede andere Körperstelle Eintrittsort des Erregers sein kann.

In den späten 70er Jahren gab es noch eine Inzidenz von 14 je 100.000 Einwohnern [13]. Anschließend gingen die gemeldeten Syphilisfälle deutlich zurück. Dies ist zum einen sicher als Nebenergebnis der in den 80er Jahren anlaufenden AIDS-Prävention zu sehen, zum anderen war es dem zunehmend schlechteren Meldeniveau geschuldet, von dem in den 90er Jahren auch die neuen Bundesländer betroffen waren [13]. Dies änderte sich erst mit dem neuen Infektionsschutzgesetz, das 2001 in Kraft trat. In § 7 Abs. 3 IfSG war die nichtnamentliche Meldung von Treponema pallidum für die Labore verpflichtend vorgeschrieben. In den Folgejahren stiegen die Infektionszahlen wieder beträchtlich (siehe Abbildung 1). Gab es 2001 1.697 gemeldete Syphilisinfektionen, waren es 2014 bereits 5.726 [14]. Gerade in den vergangenen fünf Jahren war der Anstieg wieder beträchtlich. Allein zwischen 2013 und 2014 betrug er mehr als 14%. Die Inzidenz von 7,09 je 100.000 Einwohner liegt jedoch immer noch deutlich unter dem Wert von Ende der 70er Jahre.

Der Großteil der Infektionen betrifft Männer. Insbesondere der Zuwachs seit 2001 ist ihnen zuzurechnen. Während Frauen zwischen 2001 und 2014 nur einen vergleichsweise geringen Zuwachs in der Inzidenz von 0,64 auf 0,88 je 100.000 Frauen zu verzeichnen hatten,

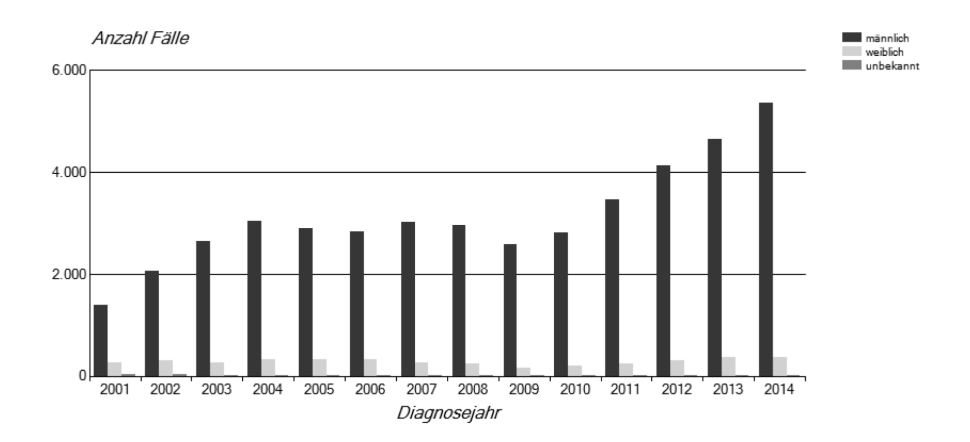



*Abb. 1 Gemeldete Syphilis nach Geschlecht, Deutschland, 2001–2014 [14]*

stieg sie bei Männern im gleichen Zeitraum von 3,43 auf 13,53 je 100.000 Männer, also etwa um das Vierfache [14]. Mehr als 80% der unter den gemeldeten Infektionen angegebenen Übertragungswege fielen auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Diese Gruppe macht – ebenso wie bei den HIV-Infektionen – die größte Betroffenengruppe aus. Beide Infektionen nahmen zudem seit Anfang der 2000er Jahre deutlich zu [15]. Das deutet darauf hin, dass die Zunahme der Syphilisinfektionen nicht nur auf ein verbessertes Meldeverhalten zurückzuführen ist. Zwei weitere Faktoren spielen eine deutlich größere Rolle: Zum einen muss davon ausgegangen werden, dass eine Zunahme sexuell übertragbarer Infektionen aufgrund der damit einhergehenden Läsionen auch die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion erhöht [16]. Zum anderen – und das scheint der entscheidende Faktor zu sein – traten Ende der 90er Jahre Verhaltensänderungen auf, die mit einem erhöhten Risikoverhalten zumindest von Teilen der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, einhergeht [17]. Hintergrund ist die seit dieser Zeit verfügbare hochwirksame medikamentöse Therapie einer HIV-Infektion, wodurch die Todesbedrohung, die zuvor von einer HIV-Infektion ausging, deutlich abnahm. Für diese These spricht die Beobachtung der Altersverteilung bei gemeldeten Treponema pallidum-Infektionen (siehe Abbildung 2). Die Spitze bei der Altersgruppe der 45–49-Jährigen deutet nicht auf ein Aufklärungsdefizit, sondern auf Verhaltensänderungen hin.

## Gonorrhö (Tripper)

Gonorrhö (auch als Tripper bekannt) ist eine bakterielle Infektion, die bei Männern seltener symptomfrei verläuft als bei Frauen. Insbesondere Infektionen im Rachen und am Anus können allerdings unentdeckt bleiben. Eine Infektion geschieht durch direkten Schleimhautkontakt, sodass der Erreger (Neisseria genorrhoeae syn. Gonokokken) – wie bei anderen bakteriellen sexuell übertragbaren Infektionen auch, aber im Unterschied zu HIV – auch oralgenital übertragen werden kann.

Im europäischen Vergleich sticht Großbritannien mit einer Inzidenz von 45,4 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner im Jahr 2012 hervor [18]. Der durchschnittliche Wert für Europa betrug im gleichen Jahr 15,3 Fälle je 100.000 Einwohner, 25,7 bei Männern und 9,2 bei Frauen [18], was einen Anteil von 26% Frauen und 69% Männer an den Neuinfektionen entspricht (5% keine Angabe) [18]. Bei den Frauen fand die Übertragung fast aus-

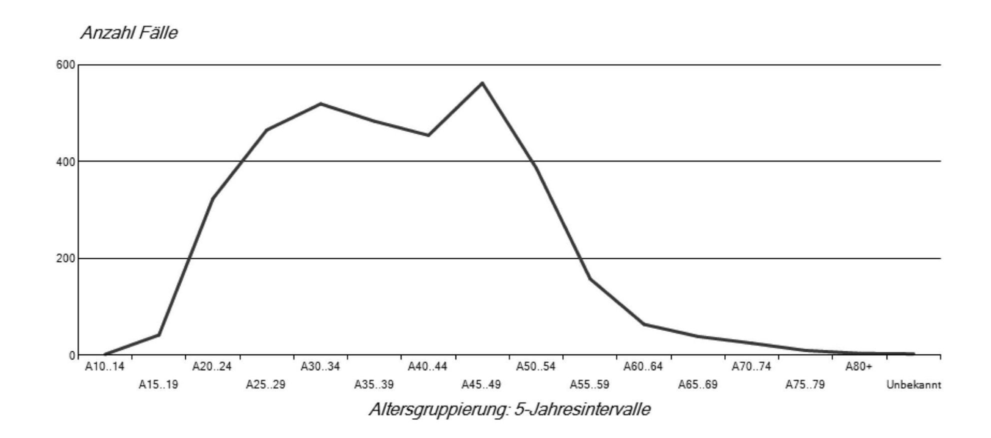



*Abb. 2: Gemeldete Syphilis, Infektionsweg: MSM, nach Altersgruppen, Deutschland, 2014. Quelle: [14].*

schließlich auf heterosexuellem Weg statt, während 55% der infizierten Männer der Gruppe der MSM angehörten. Allerdings war die Zahl der Infektionen, die Männer auf heterosexuellem Weg erwarben, immer noch größer als die der Frauen [18]. Diese Statistik umfasst jedoch lediglich 29 europäische Staaten. Andere Länder, darunter Deutschland, erheben keine repräsentativen Daten zu Gonokokkeninfektionen [18].

In der Bundesrepublik gab es bis zum Jahr 2000 eine Meldepflicht gemäß dem Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlkrG). Jedoch hatte die Meldemoral seit den 80er Jahren signifikant nachgelassen. Dadurch wurde Anfang der 2000er Jahre von einer Dunkelziffer von etwa 90% ausgegangen [13]. Für die These, dass trotz Meldepflicht die weitaus meisten Gonokokkeninfektionen nicht gemeldet wurden, spricht auch, dass die Infektionszahlen in den neuen Bundesländern nach der Angleichung an das Meldesystem der alten Bundesländer stark abnahm. Ein weiterer Grund für den Rückgang der Gonokokken-Infektionen in den 80er Jahren wird jedoch auch an dem zunehmenden Schutzverhalten im Zusammenhang mit der damals neu entdeckten AIDS-Gefahr liegen [13].

Verlässliche Meldedaten haben wir für Deutschland lediglich in Sachsen, da hier nach Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes eine Meldeverordnung herausgebracht wurde, die eine anonyme Labormeldepflicht auch für Gonorrhö vorsieht [19]. Zwar lassen sich diese Zahlen nicht eins zu eins auf alle anderen Bundesländer übertragen, aber zumindest geben sie einen ungefähren Einblick in die Situation Deutschlands.

In Sachsen stieg die Inzidenz von 2003 bis 2014 von 6,8 gemeldeten Fällen je 100.000 Einwohner auf 17,9 [20]. Der Anteil der Männer lag in dieser Zeit zwischen 62% und 74% (2014: 62%) [20]. Bereits in den 70er und 80er Jahren mit Inzidenzen von über 300 [20] lag der Anteil der Männer immer deutlich über dem der Frauen.

Der Altersgipfel bei der Inzidenzrate liegt sowohl bei Frauen als auch bei Männern zwischen 15 und 24 Jahren [20]. In dieser Altersklasse gab es im Jahr 2014 einen erstaunlichen Befund: Während in allen Altersgruppen über alle Jahre hinweg stets mehr Männer infiziert waren, drehte sich 2014 der Befund in der Altersklasse der 15–24-Jährigen um. Hier lag die Inzidenz bei diesen Frauen bei 88 je 100.000 Frauen, während der bei den gleichaltrigen Männern bei 60 je 100.000 Männern lag [20]. Damit lag eine Umkehrung des Befundes der vorangegangenen Jahre statt. Ob dies eine Trendwende wiederspiegelt oder nur

ein Ausreißer ist, der aufgrund eines unsicheren bzw. ungenauen Meldeverhaltens zustande kam, lässt sich derzeit nicht abschließend beurteilen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist jedoch eher von der zweiten Möglichkeit auszugehen.

## Chlamydien

»Chlamydia trachomatis [...] gehört weltweit zu den häufigsten Erregern sexuell übertragbarer Infektionen [...]. Im Jahr 2001 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geschätzt, dass weltweit jährlich 89 Millionen Neuinfektionen mit genitalen Chlamydien erfolgen. In den Industriestaaten sind Chlamydien die häufigsten bakteriellen Erreger von Urogenitalinfektionen« [21]. Eine Übertragung findet fast ausschließlich durch eindringenden Sexualkontakt statt, wobei ebenso wie bei Gonokokkeninfektionen ein unmittelbarer Schleimhautkontakt gegeben sein muss. Befallen wird das Zylinderepithel der Harnröhre, des Muttermundes, des Enddarms und des hinteren Rachenraums, nicht aber das Plattenepithel der Scheide oder des vorderen Rachenraums.

> »2012 wurden 385.307 Fälle von Chlamydien in 26 Mitgliedsstaaten des europäischen Wirtschaftsraums gemeldet, was einer Gesamtrate von 184 je 100.000 Einwohnern entspricht. Chlamydien wurden häufiger bei Frauen als bei Männern festgestellt, mit einer Gesamtrate von 211 je 100.000 Frauen und 153 je 100.000 Männer« [22, S. 7].

Chlamydien sind demzufolge die einzige der großen STI, bei denen mehr Frauen als Männer infiziert bzw. als infiziert gemeldet sind.

In Deutschland wird schätzungsweise von etwa 300.000 Neuinfektionen jährlich ausgegangen [20]. Genaue Zahlen liegen jedoch nicht vor, da auch Chlamydia trachomatis-Infektionen nach IfSG keiner Meldepflicht unterliegen. Ausnahme ist hier wieder Sachsen, das wie bei Neisseria gonorrhoeae nach § 2 IfSGMeldeVO eine anonyme Meldung an die Gesundheitsämter vorsieht. 2014 gab es in diesem Bundesland 4.184 gemeldete Fälle, was einer Inzidenz von 101 je 100.000 Einwohnern entspricht [20]. Das bedeutet gegenüber 2005 etwa eine Verdoppelung der Meldungen.

Im Jahr 2014 waren 76% Frauen und 23% Männer (bei 1% keine Angabe des Geschlechts) unter den Gemeldeten [20]. Dies entspricht nur einem geringfügigen Anstieg des Anteils der Männer gegenüber den Vorjahren. Die höchste Inzidenz haben Frauen wie Männer in der Altersgruppe der 15–24-Jährigen, Frauen mit 1.146 je 100.000 Frauen im Jahr 2014, Männer mit 169 je 100.000 Männer [20]. Dieser deutliche Geschlechtsunterschied gibt jedoch nicht die tatsächliche Infektionssituation wieder. Seit 2008 wird Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr einmal jährlich ein Chlamydienscreening angeboten [23]. Doch selbst wenn die Partner im Falle eines positiven Befundes (ungetestet) mitbehandelt werden, gelangt nur der eine positive Test zur Meldung. Wir müssen also aufgrund der häufig symptomfreien Infektionsverläufe des nur für junge Frauen geltenden Screeningangebots und der fehlenden flächendeckenden Meldepflicht von einer deutlichen Unterdiagnostik dieser Infektion gerade bei älteren Frauen und heterosexuellen Männern ausgehen.

In den Gesundheitsämtern Sachsens gibt es über die genannte Richtlinie für niedergelassene Ärzte ein Screeningangebot für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sowie für Männer, die Sex mit Männern haben. Außerdem können in Ausnahmefällen auch sonstige Frauen und Männer gescreent werden. Im Gesundheitsamt Dresden gab es 2014 51 nachgewiesene Chlamydieninfektionen, davon 31 Männer. Von diesen gehörten wiederum 17 der Gruppe der MSM an.

## Humane Papillomviren

Humane Papillomviren (HPV) gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Viren

weltweit. Derzeit sind mehr als 140 Subtypen bekannt, von denen einige Feigwarzen, sehr wenige Krebs verursachen können [24]. Am verbreitetsten ist das Cervixkarzinom, aber auch Analkarzinome und seltener Genitalkarzinome. Zudem gehen neuere Studien davon aus, dass eine Infektion mit bestimmten Subtypen ein höheres Risiko für ein bestimmtes Speiseröhrenkarzinom (ösophageales Plattenepithelkarzinom – OSCC) darstellt [25].

Eine Meldepflicht nach IfSG besteht nicht. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich fast jeder Mensch in seinem Leben mit mindestens einer Form des HPV infiziert – meist jedoch ohne bzw. ohne schwerwiegende Folgen. Etwa 12 Subtypen werden als Hochrisikotypen eingestuft, die Zellveränderungen bewirken können, die sich zum Karzinom weiterentwickeln können. Darunter vor allem die Typen 16 und 18, gegen die eine Impfung wirkt [26]. Diese Impfung wird für Mädchen zwischen 9 und 14 (max. 18) Jahren empfohlen und auch von den Krankenkassen bezahlt [9]. Jungen bekommen diese Impfung in Deutschland nicht empfohlen, auch wenn sie für Jungen zugelassen ist und internationale Studien die Wirksamkeit nachgewiesen haben [27]. In Australien wurde das bereits für Mädchen bestehende Schulimpfprogramm auf Jungen ausgeweitet [28].

## Schlussfolgerungen

Die beschriebenen sexuell übertragbaren Infektionen eröffnen im Fokus von männlicher Sexualität und Männergesundheit die Themen Verhalten und Prävention.

Es fällt auf, dass eine Beschäftigung mit STI – gerade weil es zunächst nur um nüchterne Daten geht – einen geschlechterdifferenzierten Blick eröffnet. In Deutschland sind außer bei Chlamydien, deren Infektionsstatistik vor allem durch das ungleiche Screeningangebot für Frauen und Männer verzerrt wird, von allen beschriebenen sexuell übertragbaren Infektionen mehr Männer betroffen. Dies hat mit den Transmissionsmechanismen, vor allem aber auch mit dem Sexualverhalten zu tun. So fällt auf, dass das statistische Ausmaß promisken Verhaltens in den Formen, in denen eine »reine« männliche Sexualität anzutreffen ist (MSM), ungleich größer als im heterosexuellen oder weiblich-homosexuellen Bereich ist [29]. Doch auch dort, wo im weltweiten Vergleich ebenso viele oder mehr Frauen von einer STI betroffen sind, etwa bei HIV-Infektionen, werden die Ursachen auch hier dem männlichen Sexualverhalten angerechnet [30]. Von einem – nicht individuell, aber statistisch relevanten – ungleichen Sexualverhalten von Frauen und Männern muss und wird beim Thema sexuell übertragbarer Infektionen ausgegangen. Beispielsweise ergab die STD-Sentinel-Surveillanc des Robert Koch-Instituts ein deutlich höheres promiskes Verhalten von Männern gegenüber dem von Frauen – auch in festen Partnerschaften [31]. Und dieser Befund scheint, gerade mit Blick auf die sexuell übertragbaren Infektionen über die Kulturen und konkreten gesellschaftlichen Bedingungen hinweg, bestandsfest. In den westlichen Kulturen zeigt sich dies insbesondere an den insgesamt hohen Infektionsraten im Bereich der »Männer, die Sex mit Männern haben«.

Auf dieser Grundlage wirken sich dann die Unterschiede im gesellschaftlichen Umgang mit Homosexualität und in der Stellung der Geschlechter aus. In den Gesellschaften, in denen die heterosexuelle Transmission etwa bei HIV vorherrscht, spielen beispielsweise wirtschaftliche Themen wie Armut, familienferne Beschäftigung der Männer, aber auch Prostitution und gesellschaftliche Tabuisierungen bestimmter Formen von Sexualität oder auch von Infektionsmechanismen eine wesentliche Rolle [30]. Prostitution ist über alle gesellschaftlichen und historischen Grenzen hinweg eine unveränderlich geschlechtsheterogene Erscheinung. Diese unterliegt natürlich Schwankungen und im Sexualverhalten

spiegeln sich immer gesellschaftliche Determinanten wieder. Zudem sagen Statistiken nichts über die konkreten individuellen Ausprägungen aus, sondern geben lediglich allgemeine Tendenzen wider. Dennoch macht das Thema der STI eine grundlegende Differenz im Sexualverhalten von Frauen und Männern deutlich, die nicht wegdiskutiert werden kann.

Diese Feststellung ist auch für die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen von entscheidender Bedeutung. Die Vorstellungen einfacher Modulation auch männlicher Sexualität gehen an der Lebenswirklichkeit vorbei. Dabei fällt auf, dass trotz betonter Toleranz gegenüber unterschiedlichen sexuellen Orientierungen bestimmte Formen männlicher Sexualität moralisch abgewertet werden. Zwar hat die bundesdeutsche AIDS-Prävention für die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, aufgezeigt, dass Prävention dort am Wirksamsten ist, wo sie die Lebenswelt der Zielgruppen akzeptiert. Jedoch scheint unsere Gesellschaft diese Toleranz eher für marginalisierte Gruppen von Männern aufzubringen. Dem Mann als Mann gilt dieses Verstehen nicht, wie derzeit beispielsweise die Prostitutionsdiskussion zeigt [32].

## Handlungsempfehlungen

In diesem Sinn gilt die Forderung der WHO, STI-Prävention auf spezifische Zielgruppen zu fokussieren und sich auf deren Lebenswirklichkeit zu beziehen [1], auch für die gesamte Gruppe der Männer. Männliche Lebenswelten und spezifisch männliche Lebenssituationen müssen identifiziert, akzeptiert und in wirksame Präventionskonzepte gerade für den Bereich der Sexualität einbezogen werden. Dieses Thema betrifft sowohl die Forschung als auch den gesellschaftlich-politischen Diskurs.

Diese Überlegungen betreffen zudem nicht nur umfassende präventive Programme. Auch unmittelbare Interventionen wie das Chlamydienscreeningangebot oder die HPV-Impfung, die sich derzeit in einem geschlechtsspezifischen Ungleichgewicht befinden, müssen die Männer und deren Lebenssituation deutlicher als bisher in den Blick nehmen. Zumal die bisherige Praxis dem Beziehungsaspekt, der mit sexuellen Begegnungen und damit auch mit den STI verbunden ist, nicht gerecht wird.

Es sind daher neben der Mahnung, in Präventionsaktivitäten immer auch Männer unterschiedlicher sexueller Orientierung einzubeziehen, auch die konkreten Forderungen nach einem kostenfreien Chlamydienscreening für Männer (Altergrenze bis 30) sowie der Einbeziehung von männlichen Jugendlichen in die HPV-Impfempfehlungen nach australischem Vorbild zu stellen.

## Literatur


1 World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections. 2015 [zitiert am 5.10.2015]. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/.
2 Rosenbrock R. AIDS-Prävention – ein Erfolgsmodell in der Krise. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz. 2007;50:432–441.
3 Universität Bielefeld. Wissenschaft öffentlich. Erfolge im Kampf gegen Infektionen. 2005 [zitiert am 5.10.2015]. https://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Einrichtungen/Zentrale%20Institute/IWT/FWG/Infektionen/Erfolg.html.
4 Robert Koch-Institut. HIV-Diagnosen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. epid bull. 2015;27:239–251.
5 UNAIDS. AIDSInfo. 2015 [zitiert am 5.10.2015]. http://aidsinfo.unaids.org/.
6 European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014 [zitiert am 5.10.2015, S. 30,32]. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf.
7 Robert Koch-Institut: Virushepatitis B und D im Jahr 2014. epid bull. 2015;29:271–284.
8 World Health Organization (WHO). Hepatitis B. 2015 [zitiert am 6.10.2015] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en.
9 Robert Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand August 2015 [zitiert 6.10.2015]. http://

www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html.
10 Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen. Stand 01.01.2015 [zitiert am 6.10.2015]. https://www.gesunde.sachsen.de/download/lua/LUA_HM_Impfempfehlungen_E1.pdf.
11 Robert Koch-Institut. Hepatitis C. RKI-Ratgeber für Ärzte. 2015 [zitiert am 06.10.2015]. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC.html#doc2389942bodyText5.
12 Robert Koch-Institut. Hepatitis C im Jahr 2014. epid bull.2015;30:289–299.
13 Robert Koch-Institut: Gonorrhoe und Syphilis in Deutschland bis zum Jahr 2000. epid bull. 2001;38:287–291.
14 Robert Koch-Institut. SurvStat@RKI 2.0. [zitiert am 20.9.2016]. https://survstat.rki.de.
15 Robert Koch-Institut. Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland (Stand: Ende 2013). epid bull.2014;44:429–437.
16 Schmidt AJ, Marcus U, Hamouda O. KABaSTI-Studie. Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Robert Koch-Institut: Eigenverlag; 2007.
17 Stiehler, M. Neue Wege der HIV-Prävention. Das Konzept des subjektiven Risikomanagements bei »Männern, die Sex mit Männern haben«. MedWelt. 2009;60 9:266–270.
18 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): Surveillance report. Sexually transmitted infections in Europe 2012. [zitiert am 13.10.2015]. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-europe-surveillance-report-2012.pdf.
19 Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbrauerschutz über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSGMeldeVO) vom 3. Juni 2002, rechtsbereinigt mit Stand vom 16. Dezember 2012, § 2 Abs. 2.
20 Ehrhard I. Epidemologie von HIV und STI. Vortrag auf der Jahrestagung der sächsischen AIDS-Berater am 17.6.2015 in Dresden.
21 Robert Koch-Institut. Chlamydiosen (Teil 1): Erkrankungen durch Chlamydia trachomatis. [zitiert am 13.10.2015]. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Chlamydiosen_Teil1.html.
22 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance report. Sexually transmitted infections in Europe 2012. [zitiert am 13.10.2015]. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-europe-surveillance-report-2012.pdf.
23 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch in der Fassung vom 10. Dezember 1985 zuletzt geändert am 21. Juli 2011. [zitiert am 14.10,2015]. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-557/ESA-RL_2011-07-21.pdf.
24 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): HPV-Infektion. [zitiert am 15.10. 2015]. https://www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/sti/hpv.php.
25 Neueste Medizinische Nachrichten: Faktoren, die HPV- und Speiseröhrenkrebs verlinken. [zitiert am 15.10.2015] http://www.deutschmedizin.com/items/view/6370.
26 Deutsches Krebsforschungszentrum: HPV als Krebsrisiko. [zitiert am 15.10.2015]. https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/hpv2.php.
27 Robert Koch-Institut: Schutzimpfung gegen Humane Papillomaviren (HPV): Häufig gestellte Fragen und Antworten. [zitiert am 15.10. 2015]. http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HPV/FAQ-Liste_HPV_Impfen.html.
28 Plaum P. Australien: Kondylome ade – dank HPV-Impfung. [zitiert am 10.5.2015]. http://www.medscapemedizin.de/artikel/4901057.
29 Deutsche AIDS-Hilfe. Die KABaSTI-Studie. HIV-Report.de 2006;12: 6–10.
30 Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Detailinformationen über die HIV-Epidemie: Aktuelle Situation und Trends. [zitiert am 15.10.2015]. http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/gesundheit/HIVAIDS/hintergrund/trends.html.
31 Robert Koch-Institut: Sechs Jahre STD-Sentinel-Surveillance in Deutschland – Zahlen und Fakten. epid bull. 2010;3:20–27.
32 Howe C. Männer(bilder) im Rahmen von Prostitution – die Konstruktion des Freiers. In: Luedke J Baur N (Hrsg.) Was macht den Mann zum Mann. Beiträge zur Konstruktion von Männlichkeiten in Deutschland. Opladen: Verlag Barbara Budrich; 2007:239–264.

# 4.6 Chronische Erkrankungen und Männlichkeit – Eine intersektionale Perspektive

*Aisha-Nusrat Ahmad & Phil C. Langer*

**Zusammenfassung**
Chronische Erkrankungen sind eine der am weitesten verbreiteten sowie folgenreichsten gesundheitlichen Belastungen weltweit. Etwa 60% der Todesfälle weltweit sind auf chronische nicht-infektiöse Krankheiten zurückzuführen. Wobei sowohl das Risiko für eine chronische Erkrankung als auch eine angemessene Gesundheitsversorgung, um einen gelingenden Umgang mit der Erkrankung zu ermöglichen, ungleich verteilt sind. Die gesellschaftliche Ungleichverteilung betrifft unter anderem das Geschlecht, die sexuelle Präferenz, das Alter, den sozialen Status und die Ethnizität. In dem Beitrag wird mit Rekurs auf Männlichkeitstheorien die Folgenhaftigkeit chronischer Erkrankungen auf die sexuelle Gesundheit von Männern dargestellt. Anhand ausgewählter Studienbefunde, vor allem zu Prostatakrebs und HIV, werden die Forschungsdesiderate aufgezeigt, da die Datenlage zu Männlichkeit und Sexualität im Kontext von chronischen Erkrankungen nur fragmentarisch vorliegt. Zudem wird die Notwendigkeit einer intersektionalen Betrachtungsweise der Folgenhaftigkeit chronischer Erkrankungen für die Sexualität und das Männlichkeitsverständnis betroffener Männer dargelegt, denn relativ wenig ist bislang darüber bekannt, wie bestimmte, soziokulturell-bedingte Bilder von Männlichkeit im Kontext chronischer Erkrankung wirksam sind und welche Auswirkung diese Erkrankungen zugleich auch auf die (Neu-)Aushandlungen von Männlichkeit in unterschiedlichen Lebenslagen haben.

**Summary: Chronic diseases and masculinity – an intersectional approach**
Chronic diseases are one of the most widespread and most serious health problems worldwide. Approximately 60% of the deaths worldwide are due to chronic non-infectious diseases. Whereas the risk to acquire a chronic disease as well as being able to use proper health care that allows a successful coping with chronic disease(s) are unequally distributed. The social inequality refers e.g. to gender, sexual preference, age, social status and ethnicity. With recourse to masculinity theories the article illustrates the consequences of chronic disease on the sexual health of men. Based on selected study findings to especially prostate cancer and HIV, research gaps are pointed out since the data available on masculinity and sexuality in the context of chronic diseases is only presented in a very fragmented way. Additionally, the article points to the need of an intersectional approach for understanding sexuality and masculinity for men that are affected by chronic disease. Especially since little is known so far about the socio-cultural different images of masculinity in the context of chronic disease(s) and the impact of these on the (re)negotiation of masculinity in different life situations.

## Überblick

Chronische Erkrankungen stellen eine der am weitesten verbreiteten und folgenreichsten gesundheitlichen Belastungen dar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt weltweit etwa 60%, in High-Income-Ländern mindestens 75% aller Todesfälle auf chronische nichtinfektiöse Krankheiten zurück [1, 2]. Das Risiko, chronisch zu erkranken, die Möglichkeit einer angemessenen Gesundheitsversorgung und damit die Chancen, einen gelingenden Umgang mit der Erkrankung zu finden, sind indes sehr ungleich verteilt. Das bezieht sich nicht nur auf die global ungleiche Verteilung zwischen Low-, Middle- und High-Income-Ländern [1, 2], sondern auch auf die gesellschaftliche Ungleichverteilung in Bezug auf Geschlecht, sexuelle Präferenz, Alter, sozialen Status, Ethnizität u. a. [3]. Der Bericht zur »The State of Men's Health in Europe« stellt fest, dass insgesamt 33% der Frauen und 29% der Männer mindestens von einer chronischen Erkrankung betroffen zu sein berichten. Der Anteil der Männer, die berichten, von einer chronischen Erkrankung betroffen zu sein, steigt mit zunehmendem Alter: In der Altersgruppe der 15–24-Jährigen berichten 9,6%, in der Gruppe der 55–64-Jährigen 43% und in der Gruppe der 75–84-Jährigen 64% unter mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden [4]. Auch für Deutschland ist der Unterschied der Prävalenz chronischer Erkrankungen über alle Altersgruppen hinweg zwischen den Geschlechtern signifikant. Dem Robert Koch-Institut (RKI) zufolge sind 43% der Frauen und 38% der Männer von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen. Der Anteil chronisch Erkrankter liegt bei der jüngsten Altersgruppe unter einem Fünftel der Befragten. Bei den über 65-Jährigen geben über die Hälfte der Männer und knapp 60% der Frauen an, eine chronische Krankheit zu haben. Bei Frauen und Männern im Alter zwischen 30 und 64 Jahren zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung und dem Bildungsstand: Befragte aus der Gruppe der Bildungsbenachteiligten berichten häufiger als Befragte aus den oberen Bildungsgruppen über das Vorhandensein chronischer Krankheit [5]. Angesichts der Entwicklungen neuer biomedizinischer Therapieoptionen und eines forcierten/verstärkten demografischen Wandels ist anzunehmen, dass die Inzidenz und Prävalenz chronischer Erkrankungen in den nächsten Jahrzehnten weiter steigen wird. Insofern lässt sich in Bezug auf chronische Erkrankungen von einer »silent […] global pandemic« [2] sprechen.

Gerade auch angesichts der weitreichenden Folgen chronischen Krankseins für die Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität und sexuelle Gesundheit [6] ist eine diese »Achsen der Ungleichheit« (Axeli Knapp) einbeziehende – intersektionale – Perspektive notwendig, um – im Sinne des vorliegenden Berichtes – die spezifischen Implikationen chronischen Krankseins für die sexuelle Gesundheit von Männern in den Blick zu nehmen [7]. Für die Gesundheit im Verlauf des Alterns sind zusätzlich zur sozialen Ungleichheit, einschließlich des damit zusammenhängenden Lebensstils und Gesundheitsverhaltens, auch die Faktoren der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie weitere gesellschaftliche Rahmenbedingungen wichtig (zur gesundheitlichen Situation von Migrant_innen, siehe Beitrag 3.1 in diesem Band).

Zwar scheinen Männer im Allgemeinen ein gegenüber Frauen etwas geringeres Risiko zu besitzen, chronisch zu erkranken, sieht man von einigen Ausnahmen, wie etwa Diabetes-2, spezifischen Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ab. Wie in den meisten Industrienationen, erkranken auch in Deutschland deutlich mehr Männer als Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sterben vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres daran [8]. Faktoren, wie etwa ein ungesunder Lebensstil begünstigen die Entwicklung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Überhaupt

sind, wie der European Men's Health Report zu der gesundheitlichen Situation von Männern aufzeigt, neben einer ungesunden Lebensführung, Bildungs- und sozioökonomischen Unterschieden, auch das Risikoverhalten von Männern Faktoren, die sich auf die Gesundheit von Männern negativ auswirken und zum vorzeitigen Tod führen können [4].

Angesichts einer sozial dominanten Konstruktion von Männlichkeit, die mit Macht, körperlicher Stärke, Durchsetzungsfähigkeit, sexueller Potenz usw. aufgeladen ist, bedeuten chronische Erkrankungen gleichwohl eine tiefgreifende Problematisierung des vergeschlechtlichten Selbstbildes und der sozialen Agency/Handlungsfähigkeit von Männern. Unter Bezug auf das theoretische Modell hegemonialer Männlichkeit der australischen Soziologin Raweyn Connell [9] erscheint chronisches Kranksein so mit Effekten gesellschaftlicher Marginalisierung, zumindest mit der Angst vor dieser, verbunden. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, welche biopsychosozialen Folgen chronisches Kranksein für die sexuelle Gesundheit im umfassenden Sinne dieses Konzeptes haben. Er basiert auf einem Review von medizinischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Studien, die sich in den letzten Jahren dem Thema angenommen haben.

Zugleich ist es jedoch schwierig, auf Basis dieser Studien ein kohärentes Bild dieser Folgen zu zeichnen. Das liegt zum einen daran, dass mit chronischer Erkrankung ein weites Spektrum von sehr unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen subsumiert wird, die – die definitorische Dauer von mindestens drei Monaten vorausgesetzt – somatische und psychische (und psychosomatische) Erkrankungen ebenso beinhaltet wie infektiöse und nicht-infektiöse, ebenso klar definierte wie symptomatisch eher unscharf beschriebene Erkrankungen. In der Literatur werden so mitunter Herz-Kreislauf-, Krebs- und Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen wie Depression und Psychosen, Alzheimer, Diabetes, Arthritis und diffuse Schmerzleiden, HIV/AIDS und Hepatitis C als chronische Erkrankung einbezogen. Dass eine sexuell übertragbare Infektion wie HIV ganz andere Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit hat als eine schwere Depression oder eine Arthritis im Beingelenk, liegt auf der Hand. Zum anderen weisen die einbezogenen Studien unterschiedliche Verständnisse von Männlichkeit und männlicher Sexualität auf, die unter anderem von der jeweiligen epistemologischen Rahmung abhängig sind. Während quantitativ verfahrende medizinische Studien oftmals ein eher positivistisches Verständnis von Männlichkeit (etwa im Hinblick auf messbare psycho- oder somatosexuelle Folgen von chronischen Erkrankungen bei Männern) zugrunde legen, gehen sozialwissenschaftlich orientierte Arbeiten meist eher von einem sozialkonstruktivistischen Verständnis von Männlichkeit aus (und fragen etwa nach diskursiven Re-Konstruktionen von Männlichkeit in »illness narratives«). Diese unterschiedlichen Verständnisse und daran anschließende Methodologien erschweren Vergleiche und die Zusammenführung von Befunden. Zudem sind genuin intersektionale empirische Studien – die das Zusammenwirken und die Überschneidung verschiedener Dimensionen von Ungleichheitserfahrungen – zu chronischem Kranksein und Männlichkeit untersuchen, eine Rarität.

Im Folgenden wird daher kein in sich geschlossenes »big picture« präsentiert, sondern ausgewählte Studienbefunde vorgestellt, die eine differenzierte, kontextspezifische Deutung der Folgenhaftigkeit von chronischen Erkrankungen auf die sexuelle Gesundheit von Männern ermöglicht und dabei zugleich auf die Notwendigkeit weiterer Forschung hinweist. Der Beitrag schließt dabei an andere Beiträge des Berichtes an, insbesondere zu 2.10 (»Sexuelle Gesundheit im Alter – Beratung und Therapie«), 2.9 (»Behinderungsformen und ihre Relation zu Geschlecht und Gesundheit mit Fokus männlicher Sexualität«), 3.1 (»Migration, Flucht und sexuelle Gesundheit von Männern«), 4.3 (»Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox«), 4.4

(»Sexuelle Störungen bei psychischen Erkrankungen«) sowie 4.5 (»Sexuell übertragbare Infektionen und ihre Bedeutung für die Männergesundheit und männliche Sexualität«).

## Ausgewählte Studienbefunde

Angesichts der skizzierten Herausforderungen ist es nicht verwunderlich, dass die Datenlage zu chronischen Erkrankungen im Hinblick auf Männlichkeit im Allgemeinen und männliche Sexualität im Besonderen eher bescheiden ist. Dies spiegelt sich in einem weitgehenden Fehlen einer detaillierten Analyse sowohl zu Männlichkeit als auch zu Sexualität in großen repräsentativen quantitativen Befragungen zur Gesundheit wider. In diesen finden sich zumeist nur allgemeine und vage Hinweise auf die Beeinträchtigung der Lebensqualität durch chronische Erkrankungen, ohne dass nach Geschlecht differenziert oder ein Blick auf Sexualität als wesentliche Dimension der Lebensqualität gelegt würde. Ein ähnlicher Mangel ist auch in Bezug auf konzeptionelle und theoretische Arbeiten, die an diese Studien anschließen, zu diagnostizieren [10]. Zugleich spart eine Reihe interessanter Studien, die auf Männlichkeit im Kontext chronischer Erkrankung fokussieren, Sexualität fast vollständig aus. Vielfach unter Bezug auf Connells erwähntes Modell hegemonialer Männlichkeit wird darin untersucht, inwieweit chronische Erkrankungen Auswirkungen auf das Streben nach beruflichem Erfolg oder auf die Entwicklung riskanten Freizeitverhaltens (z. B. die Ausübung von Risikosportarten) als »Beweis« der eigenen Männlichkeit haben können [11]. Gerade für Deutschland ist die Feststellung von Kurt Starke, dass dem »sexuellen Verhalten von chronisch erkrankten Männern […] bislang weder theoretisch noch empirisch größere Aufmerksamkeit geschenkt worden« sei und für die Praxis »kaum wissenschaftlich gesicherte Entscheidungshilfen vorhanden« seien, weitgehend berechtigt [12].

Wohl am besten untersucht ist der Zusammenhang zwischen einer Reihe unterschiedlicher chronischer Erkrankungen und Erektionsfähigkeit. Als Ursache der organisch-bedingten erektilen Dysfunktion werden weitgehend konsensuell unter anderem kardiovaskuläre bzw. Gefäßerkrankungen wie periphere vaskuläre Insuffizienz, Ischämie oder Thrombose, Diabetes mellitus, chronische Nieren- und Lebererkrankungen und Krebserkrankungen beschrieben. Roland Bonfig etwa führt auf Basis eigenen Patientenguts die Hälfte der diagnostizierten Fälle von erektiler Dysfunktion ursächlich auf Gefäßerkrankungen und Diabetes mellitus zurück [13]. In diesem Sinne wird diskutiert, Erektionsstörungen in die Diagnostik kardiovaskulärer Erkrankungen aufzunehmen [14]. Eine einfache Rückführung erektiler Dysfunktion im Kontext chronischer Erkrankungen wird indes dadurch erschwert, dass oft auch medikamentöse Therapien zur Behandlung dieser Erkrankungen, unterschiedliche Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) und vor allem (mitunter chronische) psychische Erkrankungen (z. B. Depression) erheblichen Einfluss auf die Erektionsfähigkeit und damit die genitale männliche Sexualität nehmen können [15]. Darüber hinaus sind komplexe psychosoziale Dynamiken, in denen soziokulturell bestimmte Männlichkeitsanforderungen, die aufgrund chronischer Erkrankungen nicht mehr oder nur mehr bedingt erfüllt und wiederum als psychische Belastungen wahrgenommen werden und psychosomatische Folgen zeitigen können, zu berücksichtigen. Diese komplexen Zusammenhänge werden im Folgenden beispielhaft unter Verweis vor allem auf zwei chronische Erkrankungen – Prostatakrebs und HIV/AIDS – aufgezeigt.

### Krebserkrankungen bei Männern

Seit 2000 hat die Zahl der Krebserkrankungen bei Männern mit 21,5% in Deutschland (Frauen: 14,5%) deutlich zugenommen, wo-

bei die Zunahme in der Hauptursache mit dem demografischen Wandel und der Zunahme des Anteils Älterer in der Bevölkerung begründet werden kann [8]. Nach derzeitigem Stand erkrankt jeder zweite Mann (51%) und 43% aller Frauen im Laufe des Lebens an Krebs. Mit 25,3% ist Prostatakrebs in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Männern [16]. Die Prostatakrebserkrankung selbst und die Nebenwirkungen der Therapie gehen für Betroffene mit einer großen Anzahl von Einschränkungen einher. Die Behandlung mit einem operativen Eingriff, Bestrahlung und/oder Hormontherapie wird mit weiteren physischen Erkrankungen und Einschränkungen – wie unter anderem Osteoporose, Inkontinenz, erektiler Dysfunktion, Muskelkraftverlust [17, 18] – und psychischen – wie Depression, Libidoverlust, vermindertem Selbstwertgefühl und sexuellem Selbstbewusstsein, abnehmende Attraktivität in der Selbstwahrnehmung und Konflikten in der Partnerschaft [19] – sowie mit einer verminderten Lebensqualität [20, 21] als Nebenwirkung in Verbindung gebracht. Die Auswertung der Daten von 4.391 Patienten, bei denen eine radikale Prostataektomie durchgeführt wurde, zeigt, dass bei etwas mehr als der Hälfte der behandelten Patienten keine oder eine milde erektile Dysfunktion festzustellen war, bei 10% eine moderate und bei 29% eine schwere erektile Dysfunktion [22]. Selbst eine kurzzeitige Störung sexueller Funktionen kann zu Frustration und Verzweiflung führen, chronische Störungen sexueller Funktionen können Angststörungen und Depressionen hervorrufen sowie weitere Aspekte des Lebens beeinträchtigen [23]. Vor allem qualitative Studien haben die Auswirkungen erektiler Dysfunktionen auf das Sexualleben und Männlichkeitsvorstellungen untersucht und dabei aufgezeigt, dass chronische Erkrankungen bei Betroffenen unterschiedliche Dynamiken hervorrufen können und für Betroffene mitunter bedeuten, Männlichkeit für sich neu auszuhandeln. Während zum einen in verschiedenen Studien Augenmerk daraufgelegt wurde, welche Bedeutung erektile Dysfunktionen für das eigene Männlichkeitsbild haben, verweisen andere Studien auf Exklusionsmechanismen, mit denen chronisch erkrankte Männer, einschließlich der damit verbundenen Auswirkungen auf ein für sie erfüllendes Sexleben, konfrontiert sind. Die abnehmende Möglichkeit einer Erektion und das infolgedessen (meist) veränderte Sexleben kann von Betroffenen als Entziehung ihrer Männlichkeit betrachtet werden [24–27]. Männer, die infolge einer chronischen Erkrankungen (zeitweise) unter erektilen Dysfunktionen litten, formulierten ihre Erfahrungen in unterschiedlichen qualitativen Interviewstudien mit Worten wie »halber Mensch«, »ein schwacher Mann«, »reduziert«, »verstümmelt« [Übersetzung ANA & PCL] [24], »Bedrohst Du das Sexualleben eines Mannes, bedrohst Du den Mann« und »Daher gibt es etwas [zeigt auf seinen Kopf], das einen Mann berührt. – Du bist nicht mehr so gut, wie Du es einmal warst. [Übersetzung ANA & PCL]« [25]. Das Ausprobieren bzw. Nutzen von alternativen Möglichkeiten zur Auslebung der Sexualität aufgrund erektiler Dysfunktion kann unter anderem auch darum abgelehnt werden, weil es nicht dem Männlichkeitsideal entspricht: »Also [mein Arzt] hat mir so einen Schrott angeboten, ein Ding, dass Du reintun und durch einen Ball drehen kannst und aufblasen kannst. Aber komm schon. Das ist kein Sex. Das. Vergiss das Zeug, das ist nichts für mich. Ich bin einfach, ich bin mit all dem fertig. Wenn Du es aufblasen musst, um es hochzukriegen, vergiss es; es ist nicht natürlich, wenn Du es tust. Ich will einfach, uh, kein künstlicher Mann sein« [Übersetzung ANA & PCL] [26]. Erektile Dysfunktionen können unter Umständen für betroffene Männer ein einschneidendes Moment hinsichtlich ihrer männlichen Identität darstellen. Zusätzlich zu den körperlichen Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen, deren Auswirkungen auf das Sexle-

ben für die Betroffenen enorm sein können, sind es auch spezifische Kontexte, in denen chronische Erkrankungen als soziale Exklusionsmechanismen fungieren können. In bestimmten Szenen, wie beispielsweise etwa der Schwulenszene, in der häufig besonderer Wert auf körperliche Gesundheit und Attraktivität gelegt wird, empfinden Betroffene chronische Erkrankungen als stigmatisierend, da überhaupt das Kennenlernen von potenziellen (Sex-)Partnern sich herausfordernd gestalten kann: »Die LGBT-Community denkt, dass wenn Du nicht ›perfekt bist‹, dann bist Du es nicht wert, sich die Zeit zu nehmen, um Dich kennenzulernen« (R201, weißer schwuler Mann in den USA, erkrankt an Typ-I-Diabetes und einer Nierenerkrankung). »Gegen die kulturellen Stereotype, dass Queers (vor allem schwule Männer) fitte, durchtrainierte und gesunde Models sind und dass ›uns so etwas nicht passiert‹ anzukämpfen, ist eine schwierige mentale Barriere« (R101, schwarzer schwuler Mann aus den USA, erkrankt an Diabetes und Schlafapnoe) [Übersetzung ANA & PCL] [28].

## Männer mit HIV/AIDS

Die Wichtigkeit einer intersektionalen Perspektive wird indes auch deutlich, wenn chronische Erkrankungen mit weiteren (sozialen) Kategorien interagieren. Dies wird im Kontext des Älterwerdens mit HIV besonders deutlich, wie aktuelle Studien zeigen. Derzeit haben über ein Drittel der 83.000 HIV-positiven Menschen in Deutschland das 50. Lebensjahr erreicht. Nicht zuletzt aufgrund fortschreitender Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten, die HIV zu einer chronischen Erkrankung werden ließen, wird erwartet, dass dieser Anteil deutlich zunimmt und bereits 2020 mehr als die Hälfte der HIV-Positiven in Deutschland 50 Jahre und älter sein wird.

Die Studie *50plusHIV*, die – ein Multi-Methodales-Design verfolgend – die psychosozialen Implikationen des Älterwerdens mit HIV erstmalig in Deutschland untersuchte, zeigt auf, dass der gesundheitliche Zustand Betroffener mit der Infektionsdauer, dem Übertragungsweg und dem sozioökonomischen Status zusammenhängt. Die Anzahl von Begleiterkrankungen ist bei Langzeitpositiven und sozioökonomisch schwächer Gestellten weitaus höher. Vor allem Langzeitpositive und armutsgefährdete Betroffene berichten von mehr Komorbiditäten. Auch die psychische Gesundheit älterer HIV-Positiver hängt mit dem sozioökonomischen Status zusammen. Etwa ein Drittel der armutsgefährdeten Teilnehmenden gibt eine schwerwiegende bis moderate ängstlich-depressive Symptomatik an. Mit zunehmender Anzahl von Komorbiditäten sinkt die psychische und physische gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die sexuelle Zufriedenheit betreffend zeigt der quantitative Studienarm (N=906), dass 51% eher unzufrieden bis sehr unzufrieden und nur 13% sehr zufrieden mit ihrem Sexleben sind. Differenziert nach dem Alter sind vor allem die 50–59-Jährigen mit 19% am unzufriedensten. Ein Drittel aller Teilnehmenden gibt an, kein Sexleben mehr zu haben, wohingegen 22% angeben, täglich sexuell aktiv zu sein. Mit zunehmendem Alter nimmt die sexuelle Aktivität ab. Während bei den 50–59-Jährigen 29% angeben, täglich sexuell aktiv zu sein, sind es bei den über 70-Jährigen »nur« 13%. 45% dieser Gruppe berichteten, keinen sexuellen Verkehr zu haben, wobei die Gründe komplex erscheinen, wie durch die unten aufgeführten Interviewausschnitte deutlich wird:

> »Weil das Problem ist, durch diese Medikamente oder auch zusätzliche Medikamente, die gehen ja unwahrscheinlich auf die… gehen auf die Potenz. Und von daher lässt das alles ein bisschen nach. Ich war gehandicapt mit dem Stoma, das ist ein künstlicher Darmausgang. Da kann man sowieso nicht sexuell so viel machen, sagen wir mal, wenn man dann in die Sauna geht oder so, dann wird man nur doof

> angeguckt, ich hatte damit keine Probleme, […] aber mit dem Sex war das überhaupt nichts. Und jetzt nehme ich im Moment Tabletten gegen Prostatavergrößerung und da läuft überhaupt nichts« (Markus, 51 Jahre, seit 28 Jahren HIV-positiv).

Darüber hinaus werden weitere Ursachen deutlich, insbesondere die Jugendfetischisierung in der schwulen Szene, durch die sich ältere und älterwerdende schwule Männer sozial exkludiert fühlen:

> »Da sind viele, viele, viele, die irgendwo so im Nirwana verschwunden sind. Das macht mich ein bisschen irgendwie … deshalb gerade 50 Plus, das ist so unsere Generation oder meine Generation, die irgendwo auch nicht mehr so wahrgenommen wird. Man ist irgendwo unsichtbar, von dem Rest, gerade explizit bei Schwulen. Ab einem gewissen Alter sieht dich ja eh keiner mehr (lacht). Und wenn du dann noch positiv dazu bist […]« (Wilfried, 62 Jahre, seit 7 Jahren HIV-positiv).

Auch die Selbststigmatisierungsdynamiken im Kontext von HIV und die Auswirkung dieser auf die Sexualität sind ein nicht zu unterschätzender Faktor:

> »Ich war erst … ja, nach der … ja, HIV-Diagnose, Krebsdiagnose, war ja alles in einem Jahr. Da war erstens mal die Lust weg, zweitens ging nichts mehr, hatte gut zwei Jahre damit zu kämpfen, gesundheitlich, also Sexleben hat nicht mehr stattgefunden, gab es nicht mehr. […] Aidshilfe, Selbsthilfegruppe, alles gut, alles schön, wunderbar, aber ich hatte immer so das Gefühl, du, du. Du, du Böser« (Hermann, 66 Jahre, seit 8 Jahren HIV-positiv).

Im Zusammenspiel von der HIV-Infektion, die trotz ihrer weitgehenden medizinischen Normalisierung gesellschaftlich nach wie vor stark stigmatisiert ist, und dem Älterwerden, beeinflussen physische und psychische Beeinträchtigungen, die wiederum stark vom sozioökonomischen Status abhängen, die Lebensqualität enorm. Hinzu kommen Faktoren wie Ageism – die Diskriminierung aufgrund des Lebensalters –, die in bestimmten Kontexten, wie beispielsweis in der Schwulenszene, besonders virulent werden. Vor allem für Betroffene mit Migrationserfahrung kommen zusätzlich zu den benannten Ungleichheitserfahrungen auch Rassismuserfahrungen hinzu. Für Betroffene führt dies zu Exklusionserfahrungen, die das Gefühl von Einsamkeit und sozialer Isolation verstärken und sich wiederum auf die psychische Disposition negativ auswirken und die Lebensqualität beeinflussen. Zudem stehen in Versorgungseinrichtungen der Regelversorgung – die vor allem für Betroffene mit Migrationserfahrung sowie für homo- und bisexuelle Personen bislang keine adäquate Einrichtung darstellen –, pflegebedürftige Betroffene vor die Herausforderung, wie sie ihre Sexualität erfüllend und befriedigend ausleben können [29].

#### Intersektionale Gesundheitsversorgung

In Bezug auf Versorgungsangebote bildet sich ab, was als Befund in anderen internationalen und intersektional angelegten Studien berichtet wird: Angebote zur (Selbst-)Hilfe in Bezug auf einen gelingenden Umgang mit Sexualität im Kontext chronischer Erkrankungen scheinen oftmals nicht inklusiv ausgerichtet zu sein, da sie zumeist auf Belange heterosexuell orientierter Menschen fokussieren:

> »Die meisten Bücher, die ich gelesen habe, waren nicht sehr inklusiv. Sexualität wurde als heterosexuell vorausgesetzt und natürlich wurden viele der besonderen Themen (bspw. der zusätzliche Grad der Härte der zur Penetration des Anus benötigt wird im Gegensatz zur Vagina und die nicht zeugungsfähige Bedeutung des Samens etc.) wurden nicht einmal erwähnt«

(R371, weißer, schwuler Mann aus den USA, an Prostatakrebs erkrankt).

Auch aktuelle Studien verweisen auf den MSM-spezifischen (MSM: Männer, die Sex mit Männern haben) Bedarf an Unterstützung bei Sexualstörungen wie der erektilen Dysfunktion [30], um der besonderen identitätsstiftenden Funktion von Sexualität in schwulen Lebenszusammenhängen gerecht zu werden.

## Handlungsempfehlungen

### Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung

Die Betrachtung der Daten des RKI zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen verdeutlicht, dass Männer im Vergleich zu Frauen seltener an verhaltenspräventiven Maßnahmen teilnehmen. Auch hier ist eine intersektionale Perspektive wichtig, denn die Daten verweisen darauf, dass bei niedrigem sozioökonomischen Status diese Maßnahmen sowohl von Männern als auch von Frauen seltener in Anspruch genommen werden. Zudem gibt es Hinweise, dass vor allem Männer mit Migrationserfahrung seltener Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Anspruch nehmen [31]. Dementsprechend gilt es, Angebote der Prävention auch zu chronischen Erkrankungen nicht nur genderspezifisch auszurichten, sondern auch die Unterschiede in der Wahrnehmung nach sozioökonomischem Status, Alter und Migrationserfahrung zu berücksichtigen und Angebote dementsprechend zu adressieren. Zudem zeigen vorhandene Daten, dass chronisch erkrankte Männer, die unter sexuellen Dysfunktionen leiden, diese oftmals mit ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht besprechen. Diesem Umstand entsprechend gilt es, behandelnde Ärzt_innen für das komplexe Ineinanderwirken von Sexualität und Männlichkeitsvorstellungen im Kontext chronischer Erkrankungen zu sensibilisieren, um gemeinsam Möglichkeiten eines gelingenden Umgangs mit sexuellen Problemen zu besprechen. Selbsthilfegruppen stellen in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit der Bewältigung bzw. des Copings dar, wie unter anderem Studien aus dem US-amerikanischen Raum aufzeigen.

### Forschungsperspektiven

Die Datenlage zu Männlichkeit und Sexualität im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen ist nach wie vor fragmentiert. Während in großen quantitativen Studien die Thematik eher am Rande verhandelt wird, gibt es vor allem eine Reihe thematisch fokussierter qualitativer Studien zu bestimmten chronischen Erkrankungen. Dabei wird meist ein eher positivistischer Blick auf genitale Sexualität als Ausdruck von Männlichkeit gelegt. Benötigt werden im Sinne eines intersektionalen Ansatzes Studien zu den komplexen Zusammenhängen zwischen chronischen physischen und psychischen Erkrankungen und weiteren psychosozialen Aspekten. Relativ wenig wissen wir bislang zum Beispiel darüber, wie soziokulturell unterschiedlich bestimmte Bilder von Männlichkeit und Sexualität im Kontext chronischer Erkrankungen wirksam sind und welche Auswirkungen diese Erkrankungen zugleich auf Neuaushandlungen von Männlichkeiten in unterschiedlichen sozialen Lebenslagen haben. Studien zeigen zudem, dass etwa der sozioökonomische Status bei der Bewältigung chronischer Erkrankung und deren Folgen eine Rolle spielt – allerdings gibt es bislang kaum Studien, die diesen Zusammenhang dezidiert untersucht haben. Da der Fokus bisheriger Studien vielfach auf heterosexuell orientierte Männer gelegt wurde, sollte darüber hinaus spezifische Forschung zum Sexualitätserleben von bi- und homosexuell lebenden Männern, die von chroni-

schen Erkrankungen betroffen sind, angeregt werden.

## Empfehlungen für die Politik

Angesichts des aktuellen demografischen Wandels, der mit einer deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen einhergeht, ist die Politik aufgerufen, sich der Förderung sexueller Gesundheit auch von älter werdenden Menschen anzunehmen und entsprechende gendersensible Rahmenbedingungen für die Verwirklichung eigenbestimmter Sexualität in der institutionellen Versorgung (Alters- und Pflegeheime) zu schaffen.

## Literatur


1 WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2014 [zitiert am 27.11.2015]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.

2 Harris RE. Epidemiology of Chronic Disease. A global perspective, 2013.

3 Liburd LC, Namageyo-Funa A, Jack Jr.L. Understanding »Masculinity« and the Challenges of Managing Type-2 Diabetes among African-American Men. Journal of the American Medical Association. 2007; 99(5):550–558.

4 White A. The state of men's health in Europe. European Commision. Brussels. 2011 [zitiert am 7.6.2016].

5 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Ge-sundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI. Berlin: Stand: 25.10.2014 [zitiert am 7.6.2016]. http://www.rki.de/geda.

6 Sand MS, Fisher W, Rosen R, Heiman J, Eardley I. Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. J Sex Med. 2008; 5:583–594.

7 Knapp GA, Wetterer A (Hrsg.) Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik 2. Münster: 2007:56–83.

8 Robert KochInstitut (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsbe-richterstattung des Bundes. RKI. Berlin, 2014[zitiert am 7.6.2016].

9 Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept. Gender & Society. 2005;19(6):829–859.

10 Nolte E, Knai C, Saltmann RB. Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches. Copenhagen: 2014.

11 Kalmar L, Oliffe JL, Currie LM, Jackson S, Gue D. Men, Masculinities, and Hemophilia. 2015:1–11.

12 Starke K. Sexualität von Männern bei chronischer Erkrankung. Blickpunkt DER MANN. 2007;5(3):14–8.

13 Nissen G, Csef H, Berner W, Badura F (Hrsg.). Sexualstörungen. Ursachen, Diagnose, Therapie. Darmstadt: 2005.

14 Corona G, Monami M, Boddi V, Cameron-Smith M, Lotti F, de Vita G, Melani C, Balzi D, Sforza A, Forti G, Mannucci E, Maggi M. Male Sexuality and Cardiovascular Risk. A Cohort Study in Patients with Erectile Dysfunctionjsm. Journal Sex Med. 2010;7(5):1918–1927.

15 Martin SA, Atlantis E, Lange K, Taylor AW, O'Loughlin P, Wittert GA; Florey Adelaide Male Ageing Study. Predictors of Sexual Dysfunction Incidence and Remission in Men. J Sex Med. 2014;11(5):1136–1147.

16 Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Berlin: 2015.

17 Morote J, Morin JP, Orsola A, Abascal JM, Salvador C, Trilla E, Raventos CX, Cecchini L, Encabo G, Reventos J. Prevalence of osteopo-rosis during long-term androgen deprivation therapy in patients with prostate cancer. Urology. 2007;69(3):500–504.

18 Penson DF, McLerran D, Feng Z, Li L, Albertsen PC, Gilliland FD, Hamilton A, Hoffman RM, Stephenson RA, Potosky AL, Stanford JL. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. J Urol. 2008;179(5 Suppl):S40–44.

19 Weber BA, Roberts BL, Resnick M, Deimling G, Zauszniewski JA, Musil C, Yarandi HN. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. Psycho-oncology. 2004;13(1):47–60.

20 Phillips SM, Stampfer MJ, Chan JM, Giovannucci EL, Kenfield SA. Physical activity, sedentary behavior, and health-related quality of life in prostate cancer survivors in the health professionals follow-up study. J Cancer Surviv. 2015;9(3):500–11.

21 Roesch SC, Adams L, Hines A, Palmores A, Vyas P, Tran C, Pekin S, Vaughn AA. Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. J Behav Med. 2005;28(3):281–93.

22 Isbarn H, Huland H, Graefen M. Results of radical prostatectomy in newly diagnosed prostate cancer—long-term survival rates in locally advanced and high risk cancers. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(29–30): 497–503 [zitiert am 4.11.2015]. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0497.

23 Arrington R, Cofrancesco J, Wu, AW. Questionnaires to measure sexual quality of life. Quality of Life Research. 2004;13(10):1643–1658.
24 Hedestig O, Sandman P, Tomic R, Widmark, A. Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. Acta oncologica. 2005;44(7):679–686.
25 Fergus KD, Gray RE, Fitch MI. Sexual dysfunction and the preservation of manhood: experiences of men with prostate cancer. Journal of health psychology. 2002;7(3):303–316.
26 Arrington, MI. »I don't want to be an artificial man«: Narrative reconstruction of sexuality among prostate cancer survivors. Sex Cult. 2003;7(2):30–58.
27 Burns SM, Mahalik JR. Understanding how masculine gender scripts may contribute to men's adjustment following treatment for prostate cancer. American journal of men's health. 2007; (4):250–261.
28 Jowett A, Peel E. Chronic Illness in Non-heterosexual Contexts: An Online Survey of Experiences. Feminism & Psychology. 2009;19(4):454–474.
29 Drewes J. et al. (im Erscheinen). 50plusHIV. Psychosoziale Aspekte des Älterwerdens mit HIV und AIDS in Deutschland. Sachbericht.
30 Lee TK; Handy AB; Kwan W, Oliffe, JL, Brotto, LA, Wassersug, RJ, Dowsett, GW. Impact of Prostate Cancer Treatment on the Sexual Quality of Life for Men-Who-Have-Sex-with-Men. The journal of sexual medicine. 2015.
31 RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.). Angebote der Prävention – Wer nimmt teil?. GBE kompakt. 2012;(3). http://www.rki.de/gbe-kompakt (04.12.2012).

# *Kapitel 5*

## Sexualität und Grenzen, Sexualstraftaten

# 5.1 Kindeswohlgefährdung – Belastungen für betroffene Heranwachsende

*Sabine Andresen*

**Zusammenfassung**

Die Ächtung von Gewalt als Mittel der Erziehung ist ein historisch neues Phänomen. Das Kindeswohl (best interest of the child) und die Kindeswohlgefährdung sind offene Rechtsbegriffe. Das macht die fachliche Qualifikation aller Berufsgruppen, die mit Jungen und Mädchen arbeiten, besonders notwendig. Der Beitrag geht auf das Konzept des Kindeswohls und der Kindeswohlgefährdung ein. Ferner geht es um empirische Befunde sowie um die Datenlage zu den »Hilfen zur Erziehung«. Abschließend werden vier handlungsleitende Perspektiven skizziert.

**Summary: Endangerment of the best interest of the child. Burden for adolescents concerned**

The condemnation of violence, as a means of education is a historically new phenomenon. The best interests of the child and the child endangerment are pending legal terms. This makes the competence of all professional groups working with boys and girls, particularly necessary. The article deals with the concept of child welfare and child endangerment. Furthermore, it comes to empirical findings and the data available on the »educational assistance«. Finally, four action-guiding perspectives become outlined

## Einleitung

Im Jahr 2000 hat der Deutsche Bundestag das Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung verabschiedet. Die Ächtung der Gewalt in der Erziehung ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 1631, BGB) und nicht im Strafgesetzbuch verankert. Dahinter steht die Annahme, dass nicht per se das Strafgesetzbuch zwischen Eltern und Kindern stehen solle, sondern Eltern zu befähigen seien, gewaltfrei mit ihren Kindern im Alltag umzugehen. Darauf zielt auch das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz. Hier ist die Unterstützung von Eltern in ihrer Erziehung unter anderem durch Elternkurse ein wichtiger Bestandteil und eine Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Bei der Kindeswohlgefährdung handelt es sich ebenfalls um einen Rechtsbegriff aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch, vor allem aus dem Kindschaftsrecht. Der normative Bezugspunkt dazu ist das Grundgesetz.

Die Ächtung von Gewalt als Mittel der Erziehung ist folglich ein historisch neues Phänomen und die Befürworter_innen benötigten noch Ende des 20. Jahrhunderts einen langen Atem, dieses einzufordern und die etablierte Vorstellung davon, dass ein »Klaps« noch niemandem geschadet habe, nicht nur zu hinterfragen, sondern für unrechtmäßig zu erklären. Neben diesen grundlegenden Perspektiven auf Erziehung, Erziehungsverhältnisse und die zivilgesetzlichen Einschränkungen elterlichen Handelns im Interesse der Würde und Integrität des Kindes gibt es weitere relevante gesetzliche Regelungen zum Thema Kindeswohlgefährdung. Diese finden sich sowohl im achten Sozialgesetzbuch, insbesondere bei den Regelungen zu den »Hilfen zur Erziehung« sowie im Strafgesetzbuch zu »Kindesmisshandlung«.

Im nächsten Abschnitt geht es erstens um das Konzept des Kindeswohls und der Kindeswohlgefährdung sowie um die etablierten Definitionen der Kindesmisshandlung. Daran anschließend werden ausgewählte empirische Befunde vorgelegt sowie die Datenlage zu den »Hilfen zur Erziehung« skizziert, um davon ausgehend im dritten Abschnitt vier handlungsleitende Perspektiven zu skizzieren.

## Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung – Inhaltliche und empirische Perspektiven

### Zur Definition

»Kindeswohl« ist ein offener Rechtsbegriff, der Interpretationsspielräume eröffnet. Diese Anlage als ein rechtlich fundiertes, normatives Konstrukt mit seiner relativen Offenheit hat in den vergangenen zehn Jahren zu neueren interdisziplinär angelegten Diskussionen und Problematisierungen geführt. Das Konzept zielt auf eine Balance zwischen kindlichen Bedürfnissen nach Fürsorge, Zuwendung und Anleitung einerseits und kindlichem Streben nach Freiheit und Autonomie andererseits. Als Konzept basiert es auf der Annahme, dass Kinder im Generationenverhältnis vulnerabel sind [1, 2]. Die Ursachen der kindlichen Vulnerabilität charakterisiert der US-amerikanische Gewaltforscher David Finkelhor [3] wie folgt:

1. die meist körperliche Unterlegenheit des Kindes
2. seinen altersbedingten Mangel an Wissen, Erfahrung und Kontrolle
3. einen die gesamte Gesellschaft durchziehenden Bewusstseinsmangel der Erwachsenen dafür, was Kinder kränkt und verletzt und welche Bedeutung Gewalt hat
4. einen gesellschaftlichen Mangel an Sanktionen gegenüber denjenigen, die Kindern nicht gewaltfrei oder entwürdigend begegnen
5. einen Mangel an Mitbestimmungs-, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, denn Kinder haben in der Regel keinerlei Mitbestimmungsmöglichkeiten darüber, mit wem sie in ihrem Alltag zusammenkommen (lack of choice over associates)

Eine extreme Form, Kinder zu verletzen und ihre spezifische Vulnerabilität auszunutzen, ist die Kindesmisshandlung in der Familie, in familienähnlichen Einrichtungen wie der Heimerziehung oder in pädagogischen Institutionen. Wenn Jungen und Mädchen Misshandlungserfahrungen im Nahraum machen, sind sie elementar darauf angewiesen, dass ihnen von »außen« geholfen wird. Geschieht der Übergriff in der Familie, sind staatliche Institutionen für den Schutz des Kindes verantwortlich. Dies gilt auch, wenn ein Kind in einer öffentlichen Einrichtung von Gewalt und Missachtung betroffen ist, denn auch hier ist das betroffene Kind darauf angewiesen, dass verantwortungsvolle und vertrauensvolle Personen sowie geschützte Räume in seiner Nähe sind. Dies war und ist nicht in allen Fällen die Regel und insbesondere Misshandlungen von Jungen und Mädchen in der Familie bleiben oft unbeachtet. Aus Konzentrationsgründen fokussiert dieser Beitrag vor allem auf die Kindeswohlgefährdung in der Familie.

Je nach Dauer, Häufigkeit, Schweregrad und dem Sachverhalt der multiplen Belastung eines Kindes können die Folgen erheblich sein. Spätestens im Fall der Kindesmisshandlung tritt das staatliche Wächteramt an die Stelle des elterlichen Rechts auf Erziehung der Kinder. Dieses ist verfassungsrechtlich verankert für den Fall, dass die Eltern nicht willens oder in der Lage sind, ihr Recht auf Erziehung wahrzunehmen. Wenn eine Kindesmisshandlung vorliegt, ist das Kindeswohl massiv gefährdet.

Der Gegenbegriff zum Kindeswohl ist folglich der der Kindeswohlgefährdung, auch er ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Wie die

Kindeswohlgefährdung erkannt wird, welche Kriterien zur Bewertung notwendig sind und ob das auf die Zukunft bezogene Handeln des Hilfesystems – etwa die Inobhutnahme – die gewünschte Sicherstellung des Kindeswohls leistet, sind deshalb zentrale Herausforderungen der fachlichen Diskussion [4].

Kindeswohlgefährdung kann durch physische Misshandlung und Gewalt bis hin zur Tötung, Vernachlässigung als Form der unterlassenen Versorgung des Kindes mit Nahrung, angemessener Kleidung, Pflege und Kontrolle der Umgebung, durch emotionale Vernachlässigung und sexuelle Gewalt bedingt sein. Häufig erfahren betroffene Kinder gleich mehrere Gefährdungsformen. Reinhold Schone und Gregor Hensen resümieren 2011:

> »Die Frage des frühzeitigen Erkennens dieser Gewaltphänomene ist daher eine fachliche Herausforderung, die aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven erfolgen muss. Schließlich geht es um die Abwehr von Gefährdungen und damit um die Vermeidung von Schädigungen. Die Zusammenführung dieser unterschiedlichen Perspektiven auf ein und dasselbe Gewaltphänomen (sei es Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt) erfordert ein gemeinsames sprachliches Verständnis und einen (Minimal-)Konsens darüber, worüber gesprochen wird« [4, S. 13].

In diesem Zitat verweisen die Autoren auf die Unsicherheit, die dem transdisziplinären Handlungsfeld von Kinder- und Jugendhilfe, Medizin, Recht und Beratung bei der Diagnose und der Frage nach »richtigen« Interventionen bei Kindeswohlgefährdung innewohnt. Die Legitimation für einen Eingriff in das Elternrecht im Sinne des »staatlichen Wächteramtes« ist die Prognose einer erheblichen Schädigung des körperlichen, geistigen und/oder seelischen Wohls eines Kindes. Das heißt, diese Einschätzung bezieht sich auf die Zukunft und sie kann deshalb auch auf einer Fehleinschätzung beruhen.

### Zur Feststellung von Kindeswohlgefährdung

Die Unbestimmtheit des Begriffs Kindeswohlgefährdung ist eine grundlegende Herausforderung für die zuständigen Fachkräfte in der Jugendhilfe, der Medizin und der Gerichte [4]. Die notwendige fachliche Bewertung zielt auf die möglichen Schädigungen, die Kinder in ihrer weiteren Entwicklung aufgrund der Lebensumstände erfahren können, auf die Erheblichkeit der Gefährdungen und des erwarteten Schadens durch Intensität, Häufigkeit, Dauer der Schädigungen sowie auf den Grad der Wahrscheinlichkeit, dass ein Schaden eintreten wird. Die Komplexität erhöht sich bei der fachlichen Bewertung und Prognose, wenn Mütter und Väter nicht zur Kooperation bereit sind. Das heißt, dann sind Einschätzungen notwendig, ob die Eltern die Fähigkeiten und die Bereitschaft haben, das Kind vor Gefahren zu schützen. In Anlehnung an Heinz Kindler [5] geht es bei der Frage nach fachlichen Standards um die Qualität der Einschätzung von Gefährdungslagen sowie um klar definierte Abläufe: Zunächst ist nach einer Gefährdungsmeldung die *Dringlichkeit* einzuschätzen, danach ist eine *Sicherheits*einschätzung auf Basis eines Treffens mit dem Kind und den Betreuungspersonen notwendig, schließlich folgen eine *Risiko*einschätzung auf der Basis aller vorliegenden Informationen, die oben bereits thematisierte prognostische Beurteilung bezogen auf zukünftige *Entwicklungsbeeinträchtigungen* sowie eine Prognose zu der *Veränderung*smotivation und Veränderungsbereitschaft der Betreuungspersonen.

Ausgehend von den oben beschriebenen Herausforderungen prognostischen Einschätzens und daraus resultierenden Handelns im Auftrag des staatlichen Wächteramtes stellt sich die Frage nach den Erfassungsinstrumenten einerseits und den empirischen Daten zu Kindesmisshandlungen bzw. Kindeswohlgefährdung andererseits. Für die Erfassung sind unterschiedliche Akteure zuständig, neben dem Allgemeinen sozialen Dienst (ASD)

[6] gibt es eine medizinische Diagnostik [7] und damit verbunden auch die Erfassung durch Kinder- und Jugendärzt_innen [8] sowie durch Handlungskonzepte freier Träger [9] und der Kinderschutzverbände, etwa dem Deutschen Kinderschutzbund (DKSB) [10]. Insbesondere die sogenannten »Frühen Hilfen« haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten als Schutz- und Beratungsangebot auf kommunaler Ebene damit begonnen, werdende Eltern zu erfassen und sie in ihrem Alltag mit einem kleinen Kind zu unterstützen und zu befähigen [11, 12, 13].

Die Praxis und die wissenschaftliche Praxisbeobachtung zeigen, dass eine Reihe von verschiedenen Instrumenten zur Erfassung und Bestimmung von Kindeswohlgefährdung verfügbar ist. In der Kinder- und Jugendhilfepraxis in Deutschland werden unterschiedliche Wege der Erfassung gegangen. Grob lässt sich zwischen eher offenen und eher standardisierten Verfahren unterscheiden. Während die eher offenen Feststellungsverfahren das Problem haben, dass Einschätzungen von Person, Raum und Zeit abhängig sind, werden in standardisierten Verfahren die Mehrdeutigkeit und Komplexität von Lebenssituationen nicht erfasst [14].

Die rechtlichen, konzeptionellen und fachlichen Regelungen, die in diesem Abschnitt vorgestellt wurden, werden gewissermaßen geschlechtsneutral diskutiert. Der Schutz von Kindern im Falle eines Verdachts auf oder einer Bestätigung von Kindeswohlgefährdung und die damit verbundenen Herausforderungen und Regelungen treffen auf Jungen und Mädchen zu. Hier liegt es auf der Basis vorliegender Erkenntnisse nicht nahe, zwischen den Geschlechtern zu unterscheiden. Nötig wären aber Studien, in denen geprüft wird, ob und wenn ja wie das Geschlecht eines betroffenen Kindes die jeweiligen Abläufe beeinflusst.

## Empirische Befunde

In diesem Abschnitt geht es um einen knappen Überblick über die empirische Datenlage. Dabei sollen einerseits vorliegende Befunde zu betroffenen Kindern und Jugendlichen und die damit einhergehenden Belastungen skizziert werden und zum anderen vorliegende Daten zu den daraus teilweise resultierenden »Hilfen zur Erziehung« dargelegt werden. Letztere verweisen auf die Komplexität der Hilfeangebote. Anhand einiger Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich Perspektiven einer Betroffenheit von Jungen aufzeigen. So sind sie, nach allem was wir bislang wissen, weniger als Mädchen von sexueller Gewalt betroffen.

### *Kindeswohlgefährdung und Belastungen für betroffene Heranwachsende*

Mit dem Slogan »There in no health without mental health« macht die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) auf die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit aufmerksam und weist auf die hohe Zahl von psychischen Belastungen bereits im Kindes- und Jugendalter hin. Teilweise resultieren diese aus einer Kindeswohlgefährdung.

Auch der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) erfasst umfangreiche Ergebnisse zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit, zum gesundheitlichen Risikoverhalten und zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis in das Alter von 17 Jahren. An dieser repräsentativen Studie nahmen 17.641 Jugendliche teil (8.985 Jungen und 8.656 Mädchen). Robert Schlack, Bärbel-Maria Kurth und Heike Hölling berichten 2008 auf dieser Studie aufbauend von emotionalen Belastungen beziehungsweise Verhaltensauffälligkeiten bei circa 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren [15]. Hier sind Jungen signifikant häufiger betroffen mit 17,8% als Mädchen mit 11,5%. Die häufigsten Probleme in dieser Gruppe bei Jungen und Mädchen sind Störungen des Sozialverhaltens (30%), Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (22%) und emotionale Probleme (mit insgesamt 16,3%).

Im Zusammenhang mit Geschlecht und Sozialstatus gab es bei den psychischen Auffälligkeiten insbesondere Hinweise auf emotionale Auffälligkeiten. Bei Kindern und Jugendlichen aus der unteren Sozialschicht war der Anteil der Risikogruppe für Verhaltensauffälligkeiten insgesamt 3-fach erhöht, bei emotionalen Problemen fast doppelt so hoch [15, S. 251].

Auch die Ergebnisse der repräsentativen Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachen (KFN) zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland, durchgeführt und publiziert von Deborah F. Hellmann im Jahr 2014, zeigen, dass die psychischen Beeinträchtigungen im Leben von Betroffenen sehr hoch sind und ein enger Zusammenhang mit Tatereignissen wie Misshandlung, Gewalt, Vernachlässigung innerhalb des sozialen Nahraumes identifiziert werden kann [16, S. 193]. Hohen Belastungen sind diejenigen Kinder ausgesetzt, die als Zeugen Gewalt zwischen den Eltern beobachteten, elterlicher Gewalt ausgesetzt waren und denen elterliche Zuwendung fehlte. Auch hier sind wiederum beide Geschlechter ähnlich betroffen.

Allgemein bekräftigten die Studienergebnisse die auffallend hohe Gefährdung von Kindern, sexuellen Missbrauch (mit Körperkontakt) zu erleben, wenn sie in einer gewaltvollen und wenig liebevollen Umgebung aufgewachsen sind. Dies wurde auch in der Fallstudie von Milena Noll 2013 für Frauen, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind, bestätigt. Der Wunsch, im Umgang und in der Beziehung zu den Kindern tradierte Beziehungsmuster der Herkunftsfamilie nicht zu wiederholen, beschäftigte alle Befragten [17]. In der Literatur werden die Kurz- und Langzeitfolgen von sexuellem Missbrauch [16, 18, 19, 20] ausführlich diskutiert. Folgen des sexuellen Kindesmissbrauchs können emotionale Beeinträchtigungen (Depressionen, Erschöpfungszustände, Angststörungen), posttraumatische Belastungsstörungen, psychosomatische Auffälligkeiten (Selbstverletzung, Schlafstörungen, Essstörungen) sowie Störungen des Sexualverhaltens und des Sozialverhaltens (Aggressivität, Impulsivität, Isolation) sein. Die Bewältigung sexualisierter Gewalterfahrungen wird entscheidend von familiären, sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen und Gegebenheiten beeinflusst. Diese haben nachhaltige Auswirkungen auf die weitere Entwicklung und das Wohlbefinden des Kindes. Die KFN-Erhebung stellt weiterhin fest, dass jede fünfte Frau und jeder dritte Mann mit körperlicher Gewalterfahrung mehrfache Viktimisierungen, insbesondere durch Verwandte bzw. Familienangehörige erlitten hat. Betroffene Frauen berichten stärker von psychischen Folgen und Männer häufiger von körperlichen Folgen.

Eine Herausforderung in der Forschung besteht in der systematischen Berücksichtigung von Migration. Bislang vorliegende Befunde verweisen etwa darauf, dass Jungen mit Migrationserfahrungen häufiger schwerere Misshandlungen als Jungen und Mädchen ohne Migrationshintergrund erleiden. Die Expertise von Judd et al. [21] ergibt Folgendes für sexuelle Gewalt in der Kindheit: »Der Vergleich der Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund ergab, dass Personen mit türkischem Migrationshintergrund in ihrer Kindheit seltener viktimisiert werden als russisch- oder deutschstämmige Kinder. Auffällig ist auch die geringe Geschlechterdifferenz bei türkischstämmigen Personen« [21, S. 30, 22].

Insgesamt stehen genauere Untersuchungen hier aber noch aus, insbesondere solche Studien, die verschiedene Differenzkategorien systematisch prüfen und die ganz unterschiedlichen Migrationshintergründe berücksichtigen [16]. Damit innerfamiliäre Gewalt vermieden werden kann, fordert Hellmann [16] generell mehr Unterstützungsprogramme für bedürftige Eltern, wobei deren Erreichbarkeit im Hilfesystem schwierig ist. Erste Befunde weisen auf fehlende und passgenaue Informationen für Eltern hin [23]. Insgesamt liegt wenig systematische Forschung zu diesen Fragen vor. Insbesondere ist unklar, welche Zugänge zu Hilfe, Beratung und Unterstützung Kinder kennen, wie sie im Falle einer psychosozialen Belastung vorgehen würden und welche Stra-

tegien sie kennen oder thematisieren. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass zeitnahe, passgenaue und professionelle Hilfszugänge für Kinder mit psychosozialen Belastungen von zentraler Bedeutung sind.

### *Betroffenheit von sexueller Gewalt*

Die 2016 erschienene Expertise »Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch« [21] gibt sehr differenzierten Aufschluss über die Herausforderungen von Prävalenzstudien und beschreibt Entwicklungsbedarfe. Die Datenlage und die Angaben zur Betroffenheit von Jungen und Mädchen hängen eng mit der Definition sexuellen Missbrauchs zusammen, was den internationalen Vergleich schwierig macht. Die Studie von Wetzels [24] ergab eine Prävalenz von 7,3% bei Männern und 18,1% bei Frauen ohne Alterseingrenzung. Bei einer Altersgrenze von unter 14 Jahren waren 3,4% der Jungen betroffen und 10,1% der Mädchen. Zwei Jahrzehnte später [16] ergaben sich bei der Schutzaltersgrenze von 14 Jahren Prävalenzen für sexuellen Kindesmissbrauch mit Körperkontakt von 1,0% bei Jungen und 5,0% bei Mädchen und für Missbrauch ohne Körperkontakt von 1,3% bei Jungen und 4,5% bei Mädchen.

Nach der Datenlage sind Jungen folglich seltener von sexueller Gewalt betroffen als Mädchen.

### *Hilfen zur Erziehung*

Einen weiteren empirischen Zugang zu Kindeswohlgefährdungen bieten die Daten zu den Hilfen zur Erziehung. Der 14. Kinder- und Jugendbericht [25] hält dazu folgendes fest:

> »An keinem Leistungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe lassen sich die fundamentalen Verschiebungen im Aufwachsen zwischen privater und öffentlicher Verantwortung der letzten rund 15 Jahre empirisch so deutlich zeigen wie bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH). Auch wird nirgendwo der bedeutsam gewordene Kinderschutzdiskurs offensichtlicher, der mit einer verstärkten öffentlichen Kontrolle der privaten Erziehungs- und Versorgungstätigkeit von mehrheitlich Alleinerziehendenhaushalten in Armutslagen einhergeht« [25, S. 336].

Zwischen 1995 und 2010 haben sich die Fallzahlen familienbezogener Erziehungshilfen nach §§ 27 Absatz 2 und 31 SGB VIII mehr als verfünffacht, das heißt, es handelt sich um knapp 120.000 Hilfen jährlich, mit denen ca. 240.000 junge Menschen erreicht werden [25]. Diese Zahlen haben unterschiedliche Konsequenzen bezogen auf die Kosten, auf die Qualifizierung des Fachpersonals und auf die Frage, ob der Anstieg mit einer zurückgehenden Kompetenz von Eltern zu erklären ist, mit einem gewachsenen Druck auf Eltern oder mit einer wachsenden Sensibilität für die Verletzlichkeit von Jungen und Mädchen.

Aufschlussreich für die Thematik dieses Beitrags sind die Gründe für die Gewährung einer familienorientierten Hilfe. Am häufigsten werden eingeschränkte Erziehungskompetenzen von Eltern genannt, gefolgt von unzureichender Förderung bzw. Versorgung der Heranwachsenden sowie Belastungen des Kindes oder Jugendlichen durch Problemlagen der Eltern. Der 14. Kinder- und Jugendbericht hält fest, dass rund 40% der neu begonnenen familienorientierten Hilfen durch die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten selbst initiiert wurden, was auf deren Einsichtsfähigkeit und Veränderungswillen rückschließen ließe und rund 54% sind durch den Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamts, durch Schulen, Kindertageseinrichtungen, Ärzte, Polizei oder ein Gericht verfügt worden [25].

Woraus resultiert der Anstieg der Hilfen zur Erziehung? Hierzu resümiert der 14. Kinder- und Jugendbericht:

> »Das starke Wachstum der familienorientierten ambulanten Erziehungshilfen hat neben einer stärker schutz- und kontrollorientierten Jugend-

> hilfepolitik insbesondere in den Jahren nach 2005 seinen Hauptgrund in einer Zunahme von strukturell fragilen Familienkonstellationen, materiell prekären Lebenslagen und individuellen Problemlagen der Eltern, die zudem häufig kumuliert auftreten und auf eine aufsuchende, alltagsnahe und die gesamte Familie adressierende Unterstützung angewiesen sind« [25, S. 338].

Demnach steht hier eine explizite Wahrnehmung der Verletzlichkeit von Kindern durch die Fragilität ihrer Familien als Erklärungsmuster im Vordergrund. Darüber hinaus spielt auch die Leitlinie, zunächst ambulante Hilfen anzubieten, eine wichtige Rolle. Vor einer Inobhutnahme, also einer stationären Maßnahme, sollen erst einmal die Möglichkeiten der gemeinsamen und innerhalb der Familie angesiedelten Maßnahmen möglichst greifen (»Families first«). Dahinter verbergen sich auch finanzielle Interessen, denn stationäre Hilfen sind deutlich kostenintensiver. Außerdem gibt es seit jüngerer Zeit auch eine problematisierende Auseinandersetzung mit der Gefährdung von Kindern in Pflegeverhältnissen [26]. Der Kostenfaktor scheint in vielen Fällen dazu zu führen, dass notwendige fachliche Standards nicht eingehalten werden. Dabei ist ein wesentliches Kriterium für eine kindorientierte Unterstützung ein hoher fachlicher Standard, der von einer strukturierten und hohen Teamkultur geprägt sein muss sowie auf Supervision und Fortbildung angewiesen ist, um den komplexen Problemlagen in Familien gerecht werden zu können [27].

## Handlungsperspektiven

Ausgehend davon, dass Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung offene bzw. unbestimmte Rechtsbegriffe sind, sollte intensiv daran gearbeitet werden, wie die Rahmenbedingungen der fachlichen transdisziplinären Einschätzung der Gefährdung gestaltet sein müssen. Fachkräfte des ASD, ebenso wie die Akteure in Medizin und Justiz, in Kinderschutzzentren und pädagogischen Einrichtungen benötigen neben regelmäßigen Fortbildungen, »gute« Teamstrukturen und vor allem ausreichend Zeit für die Fallbearbeitung.

Neben den Rahmenbedingungen ist auch die Haltung der Fachkräfte wesentlich – hier ließe sich etwa an das Prinzip der advokatorischen Ethik [28] anschließen. Diese ist besonders zentral aufgrund der strukturell bedingten Abhängigkeit von Heranwachsenden und führt dazu, dass Kindern Zugänge zu Entscheidungsprozessen und Anerkennung im Rahmen einer gewaltlosen Erziehung von Erwachsenen gewährt werden muss. Es hängt folglich vom Willen und vom Handeln der Erwachsenen in Erziehungsverhältnissen ab, was sie Kindern gewähren. Die produktive und humanitäre Seite dieses Gewährens basiert auf einer advokatorischen Ethik, in der Erwachsene die ethische und praktische Verantwortung für Erziehung, Fürsorge und Bildung im Zusammenleben mit Kindern haben und stellvertretend für deren Interessen eintreten. Micha Brumlik betont in seiner Grundlegung der advokatorischen Ethik aber auch, dass das Eintreten für die Interessen der noch nicht Mündigen nur dann nicht paternalistisch sei, wenn die advokatorisch legitimierte Maßnahme später durch die Erwachsenen, für die stellvertretend gehandelt wurde, als sie Kinder waren, legitimiert wird [28, S. 118]. Da die getroffene pädagogische Entscheidung jedoch zu dem späteren Zeitpunkt einer nachträglichen Legitimation durch die oder den Vertretenen weder umkehr- noch aufhebbar ist, verweist Brumlik auf die Bedeutung von Sprechakten (des Sich-Entschuldigens, Sich-Erklärens und des Zuhörens der advokatorisch Handelnden), woraus retrospektiv moralisch bedeutsame Folgen für alle Handelnden entstehen können. Eine Zustimmung durch die advokatorisch Vertretenen ist nur vorstellbar, wenn das Sprechen von Kindern und Jugendlichen beizeiten gehört und ihre Sorgen, Ängste und Bedrängnisse anerkannt werden.

Abschließend soll auf eine weitere handlungsleitende Perspektive eingegangen werden, die in jüngerer Zeit zunehmend in den Blick geraten ist und die wichtige Perspektiven für einen am Kind und Jugendlichen orientierten Schutzauftrag eröffnet: Disclosure. Die verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung finden oft über einen langen Zeitraum unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt. Die Diskussion in Abschnitt 2 hat gezeigt, dass die prognostische Dimension der Kindeswohlgefährdung eine Herausforderung darstellt. Insbesondere in den Forschungen zu sexueller Gewalt rücken daher diejenigen Fragen in den Mittelpunkt, von denen sich die Akteure Antworten darauf erhoffen, unter welchen Umständen Kinder und Jugendliche sich jemandem anvertrauen und so Wege zur Hilfe mit ermöglichen. Hilfe Beratung und Unterstützung und das Wissen, wie diese strukturiert sind, ist mitentscheidend dafür, ob sich betroffene Heranwachsende einer Person – erwachsen oder gleichaltrig – anvertrauen. Dafür gute Rahmenbedingungen zu schaffen, ist die Verantwortung nicht nur der Kinder- und Jugendhilfe, sondern auch der Schulen, der Vereine und anderer Anbieter der Kinder- und Jugendarbeit.

Wenn Menschen bereit sind, sich jemandem anzuvertrauen, so ist das eine unverzichtbare Vorstufe für die Inanspruchnahme von Beratung. Eine Studie aus den 1990er Jahren [29] macht bereits deutlich, dass sich Betroffene von sexualisierter Gewalt an folgende Personen wandten: 48% zuerst an ihre Mutter, 5% an den Vater, 17% hingegen an eine Freundin oder einen Freund. Lediglich 2% öffneten sich zuerst pädagogischen Fachkräften. Die Herausforderung, die sich aus diesen Ergebnissen für den Umgang mit Betroffenen stellt, ist möglichst passgenaue Zugänge zu Hilfen für Jungen und Mädchen zu schaffen [30, S. 47]. So liegen Berichte vor, dass Mütter ambivalent auf Informationen von ihren Kindern reagieren, da sie Konfliktpotenzial in der Familie sehen, das sie nicht bewältigen können.

Die Tendenz, dass Heranwachsende sich beim Disclosure an den eher privaten und inoffiziellen Rahmen halten, ist auch im internationalen Vergleich evident. Zvi Eisikovits und Rahel Lev-Wiesel befragten in einer quantitativ und qualitativ angelegten Studie (2009–2015) 15.000 israelische Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 16 Jahren hinsichtlich ihrer Erfahrung und Empfindungen zu Missbrauch [31, 32]. 53% der befragten Kinder und Jugendlichen nannten sich als betroffen von irgendeiner Form von Misshandlung, 13,8% speziell von sexuellem Missbrauch. In dieser Studie wird auch auf Strukturen von Hilfe, Beratung und Unterstützung, die Disclosure ermöglichen oder erschweren, eingegangen. Drei spezifische Faktoren für das Nicht-Erzählen von Misshandlung und vor allem sexueller Gewalt werden besonders betont [31, 32]:

1. individuelle Gefühle
2. Angst vor möglichen Konsequenzen und negativen Reaktionen
3. zu wenige Informationen auch über Hilfen

Faktoren, die sich hingegen förderlich auswirkten, sind:

1. äußere Einwirkungen durch bestimmte Vertrauenspersonen
2. ein gutes Klima zum Beispiel in der Schule
3. die Bereitschaft der verantwortlichen Erwachsenen, gezielt nachzufragen

Ausgehend von den hier aufgeführten Handlungsperspektiven sollten Forschung, Praxis und Politik sich gemeinsam über Rahmenbedingungen, über die Befähigung von Fachkräften und Eltern, über die explizite Orientierung an den Rechten von Kindern und Jugendlichen sowie über die Räume, die ein »sich-Anvertrauen« ermöglichen, verständigen.

## Empfehlungen

Die *Politik* muss Rahmenbedingungen schaffen, damit Beratungsstellen finanziert sind,

und darüber hinaus Zeit und Ressourcen für die nachhaltige Entwicklung von Schutzkonzepten bereitstellen.

Die *Praxisfelder* müssen sich öffnen für passgenaue Angebote zur geschlechtersensiblen Präventionsarbeit und für einen kollegialen Austausch zur Sensibilisierung für betroffene Jungen und Mädchen.

Die *Forschung* muss sich mit der Problematik der Datenlage befassen, das heißt genauer erfassen, wie Jungen und Mädchen aus unterschiedlichen sozialen Kontexten und mit unterschiedlichen Migrationsgeschichten von den verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung betroffen sind. Darüber hinaus geht es in der Forschung darum zu erkennen, welche Präventionsansätze und Interventionsmaßnahmen auf die Situation und Sozialisation von Jungen bzw. Mädchen passen und wie diese wirken.

## Literatur


1 Andresen S. Worte finden und erzählen Perspektiven auf Prävention als Zeit und Raum, sich mitzuteilen. Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. 2014;17(1):20–31.

2 Andresen S. Koch, C., König, J (Hrsg.). Vulnerable Kinder: Interdisziplinäre Annäherungen. Wiesbaden: Springer-Verlag; 2015.

3 Finkelhor D. Childhood victimization: violence, crime, and abuse in the lives of young people: violence, crime, and abuse in the lives of young people. USA: Oxford University Press; 2008.

4 Schone R, Hensen G. Der Begriff der Kindeswohlgefährdung zwischen Recht und Praxis. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst; 2011:13–28.

5 Kindler H, Spangler G. Wirksamkeit ambulanter Interventionen nach Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. 2005;8:101–116.

6 Pieper M, Trede W. Erfassung von Kindeswohlgefährdung im ASD. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst; 2011:365–391.

7 Herrmann B. Medizinische Diagnostik bei Kindeswohlgefährdung. In: Körner W, Deegener G (Hrsg.), Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst Science Publ; 2011:392–416.

8 Fischbach T. Erfassung von Misshandlung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis – Praxisberichte: Konkrete Darstellung der diagnostischen Praxis. In: Körner W, Deegener G (Hrsg.), Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst Science Publ; 2011:417–441.

9 Armbrecht S. Der Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII – Handlungskonzepte freier Träger. In: Körner W, Deegener G (Hrsg.), Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst Science Publ; 2011:442–467.

10 Huxoll M. Praxis des DKSB bei der Erfassung von Kindeswohlgefährdung. In: Körner W, Deegener G (Hrsg.), Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst Science Publ; 2011:494–514.

11 Pillhofer M, Ziegenhain U, Fegert JM, Hoffmann T, Mechthild P. Eckpunktepapier »Kinder von psychischen Erkrankungen im Kontext Früher Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Köln: 2016.

12 Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.). Qualitätsrahmen Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats. Köln: 2016.

13 Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.). Verantwortungsgemeinschaften in den Frühen Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats. Köln: 2015.

14 Deegener G, Körner W. Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie. Praxis, Materialien. Lengerich: Pabst; 2006.

15 Schlack R, Kurth BM, Hölling H. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder-und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). Umweltmedizin in Forschung und Praxis. 2008;13(4):245–260.

16 Hellmann DF. Repräsentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland. Schriftenreihe. Forschungsbericht Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN); 122. Hannover: 2014.

17 Noll M. Sexualisierte Gewalt und Erziehung. Auswirkungen familialer Erfahrungen auf die Mutter-Kind-Beziehungen. Opladen: Budrich UniPress; 2013

18 Birck A. Das psychische Trauma, seine Folgen und mögliche Hilfen. Berliner Nachrichten, Arbeitersamariterbund. 2001;6:6–8.

19 Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Abrams GB, Barreira P, Kress V. Nonsuicidal Self-Injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. Journal of Adolescent Health. 2013;52(4):486–492.

20 Egle U, Hoffmann SO, Joraschky P. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart: Schattauer; 2004.

21 Jud A, Rassenhofer M, Witt A, Münzer A, Fegert JM. Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch –

Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des Entwicklungsbedarfs [Expertise]. Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (Hrsg.). Berlin: 2016.
22 Stadler L, Bieneck S, Pfeiffer C. Repräsentativbefragung sexueller Missbrauch. Schriftenreihe Forschungsbericht Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN); 118. Hannover: 2011.
23 Andresen S, Galic D. Kinder – Armut – Familie. Alltagsbewältigung und Wege zu wirksamer Unterstützung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2015.
24 Wetzels P. Gewalterfahrungen in der Kindheit. Baden-Baden: Nomosverlag; 1997.
25 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin: Verlag Deutsches Jugendinstitut; 2013.
26 Diouani-Streek, M. (2015): Kontinuität im Kinderschutz – Perspektivplanung für Pflegekinder. Reihe Jugend und Familie Bd. 14. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge; 2015.
27 Frindt A. Entwicklungen in den ambulanten Hilfen zur Erziehung: Aktueller Forschungsstand und strukturelle Aspekte am Beispiel der Sozialpädagogischen Familienhilfe [Expertise]. Deutsches Jugendinstitut; 2010.
28 Brumlik M. Advokatorische Ethik: zur Legitimation pädagogischer Eingriffe. Bielefeld: Böllert KT Verlag; 1992.
29 Berliner L, Conte JR. The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. Child Abuse and Neglect. 1995;19: 371–384.
30 Mosser P. Wege aus dem Dunkelfeld. Wiesbaden: VS; 2009.
31 Eisikovits Z. Child Maltreatment in Israel – Research and Policy Perspectives. A national survey of various child abuse forms in the Israeli society. Vortrag Goethe-Universität am 11.11.2014.
32 Lev-Wiesels R. »Epidemiology of Child Vicitmization Among Jews and Arabs in Israel: Preliminary Report [Vortrag]. Gehalten in Haifa am 22.6. 2014 in der Study Group Understanding Child Abuse, Haifa 22.–23. Juni 2014.

# 5.2 Sichtweisen auf sexualisierte Gewalt und sexualisierte Grenzüberschreitungen unter Jugendlichen

*Elisabeth Tuider*

**Zusammenfassung**
Peer Violence, also sexualisierte Gewalt unter Jugendlichen, ist ein weitreichender blinder Fleck der Gewalt- sowie der Gesundheitsforschung. Im vorliegenden Beitrag werden Sichtweisen von Jugendlichen auf sexualisierte Gewalt vorgestellt und dabei insbesondere darauf fokussiert, ob sich in Abhängigkeit von der geschlechtlichen Selbstpositionierung als »typischer Junge«, als »eher typischer Junge« oder als »zwischen typischer Junge und typischem Mädchen« unterschiedliche Einschätzungen von Alltagssituationen als sexualisierte Grenzüberschreitung zeigen. Die bei Jugendlichen, die sich als »typischer Junge« verorteten, durchgängig geringere Sensibilität für veralltäglichte Grenzüberschreitungen wird in den Kontext aktueller Männlichkeitstheorien gestellt, zum Schluss wird für eine »Kultur des Hinsehens und Hinhörens« eingetreten, die einen entselbstverständlichenden Blick auf Männlichkeiten und auf Gewalt einschließt.

**Summary: Perceptions of sexual violence and sexualized transgression among adolescents**
Peer Violence, i. e. sexual violence among adolescents, is an extended unknown territory of the violence and health research. In this article, perceptions of sexual violence of adolescents are presented and in particular the question is focused, whether there are different perceptions of everyday situations as sexual transgression in relation to the self-awareness of the adolescent being a »typical boy«, »more like a typical boy« or »somehow between typical boy and typical girl«. The lower sensitivity to everyday transgression noticed by those adolescents, who evaluated themselves as »typical boy«, is placed in the context of current theories of masculinity. Finally, a »culture of a closer look and a better listening« is promoted, which includes a not self-evident view on masculinity and violence.

---

## Einleitung

Im sogenannten Weltbericht zu »Gewalt und Gesundheit« [1] erfasst die WHO Gewalt als ein sämtliche Lebensbereiche erfassendes Phänomen, das verschiedene Ausdrucksformen kennt (u. a. physische, psychische, verbale Gewalt):

> »Jedes Jahr verlieren weltweit über 1,6 Millionen Menschen ihr Leben aufgrund von Gewalttaten. Auf jedes Gewaltopfer, das den Folgen der Gewalt erliegt, kommen zahlreiche andere, die verletzt werden und unter den unterschiedlichsten physischen, sexuellen, reproduktiven und psychischen Gesundheitsproblemen leiden« [1, S. 10].

Auswirkungen sexualisierter Gewalt/sexuellen Missbrauchs werden im genannten Bericht umfassend beschrieben, sie betreffen verschiedene kurz- und langfristige körperliche, ebenso wie kurz- und langfristige psychische Folgen [2]. Der Schutz und die Prävention vor sexueller Gewalt im *Public Health*-Bereich müsse dementsprechend »umfassend und ganzheitlich angegangen werden« [3]. Mehr noch als

dies beinhalten die gegenwärtigen Überlegungen zur »Kultur des Hinsehens und Hinhörens« einen Auftrag an alle pädagogischen, öffentlichen und Gesundheitseinrichtungen, der sowohl die Sensibilität von existierenden Macht- und Gewaltverhältnissen als auch den umfassenden Schutz vor Gewalt umfasst.

Innerfamiliäre Gewalt und der Straftatbestand der Vergewaltigung steht seit den 1970er Jahren auf der Agenda der einsetzenden Frauen- und Geschlechterforschung. Als »Grundfigur und Folie« [4] sowohl der feministischen Arbeit als auch der sozialwissenschaftlichen Forschung war das hierarchische Geschlechterverhältnis per se als Gewaltverhältnis zu thematisieren (s. u.). Im Fokus der feministischen Debatten stand dabei zunächst die strukturelle Verletzbarkeit von Frauen, Mädchen und Kindern – eine Verletzungsoffenheit (Vulnerabilität), die auch durch bürgerliche Familienkonzepte und -ideale gerahmt und überdeckt wurde und weiterhin überdeckt wird.

Erst in den zuletzt stattgefundenen Debatten (am Beispiel der Odenwaldschule und kirchlichen Internaten) richtete sich die öffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit auch auf Jungen und junge Männer als sogenannte Opfer sexualisierter Gewalt. Zwar widerfährt 4–8% aller Jungen in ihrer Kindheit oder Jugend sexualisierte Gewalt, so die entsprechenden Prävalenzstudien [5, 6], doch stünden nach wie vor vorherrschende Männlichkeitsideale dem Offenlegen von sexualisierter Gewalt entgegen [7], sodass Bange [5] von einer »doppelten Mauer des Schweigens« spricht. Insbesondere die Befürchtung als »unmännlich« und/oder als »schwul« und/oder als »potenzieller Täter« zu gelten [8, 7 ], verhindere eine Thematisierung und Offenlegung sexueller Gewaltwiderfahrnisse.

Als Ergebnis der jüngsten Debatten zu sexualisierter Gewalt in pädagogischen und gesundheitlichen Kontexten (u. a. in Form des 2010 eingerichteten Runden Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich«[1]) gibt es in der sozialwissenschaftlichen Forschung mittlerweile einige Projekte, die sich mit sexualisierter Gewalt in spezifischen Einrichtungen wie unter anderem Schulen, Heimerziehung oder in stationären Einrichtungen befassen [9, 11–13]. Sexualisierte Gewalt wird dabei primär in einem intergenerationalen Verhältnis zwischen pädagogisch tätigen Erwachsenen und Jugendlichen in den jeweiligen Feldern der schulischen und außerschulischen Arbeit betrachtet [14]. Dieses intergenerationale Verhältnis wird als potenziell anfällig für Machtmissbrauch reflektiert und das Austarieren von Nähe und Distanz in Betreuungsverhältnissen als *die* Herausforderung pädagogischer Professionalität ausgemacht [15]. Zugleich richtet sich die Forschungsperspektive damit erneut auf den Zusammenhang von ex- und impliziten Geschlechterkonstruktionen und sexualisierter Gewalt (vgl. insbesondere [16] sowie [5], bereits mit Fokus auf Jungen). Verabschiedet wird damit eine zumeist reduktionistische und stereotypisierende Sicht auf vergeschlechtlichte Täter-/Opfer-Zuschreibungen und stattdessen nachhaltig auf die strukturelle Verletzungsoffenheit (Vulnerabilität) von Kindern und Jugendlichen sowie auf die symbolische Gewalt als Form und Ausdruck von Herrschaftsverhältnissen hingewiesen (s. u.).

## Peer Violence erforschen

Lücke auch in den jüngsten medialen, öffentlichen und Fachdebatten ist das Thema »Sexualisierte Gewalt unter Jugendlichen« (im englischen Sprachraum als *»Peer Violence«* erforscht) (Ausnahmen sind [17–19]). Zwar rufen Berichte über Ereignisse wie Sexting, Cybermobbing

**1** Vgl. für die Diskussion von sexualisierter Gewalt in pädagogischen Institutionen die Beiträge von Hoffmann, Kappeler und Kliemann sowie Fischer im Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen« von Jörg Fegert und Mechthild Wolff [9] und grundlegend: *»Sexualisierte Gewalt gegen Kinder in Institutionen«* von Claudia Bundschuh [10].

und Dating Violence immer wieder Beschreibungen einer »sexuell verwahrlosten Jugend« bzw. einer »Jugend ohne Moral« auf den Plan. Auch zeigen Berichte und Befragungen der Praxis, dass pädagogisch Tätige in Jugendeinrichtungen in ihrer Handlungsgewissheit durch Peer Violence herausgefordert werden, insbesondere wenn sie in den social media vonstattengeht [20]. Doch existieren kaum Forschungen, die die Sichtweisen von Jugendlichen auf sexualisierte Gewalt unter Jugendlichen in den Fokus rücken. Was schätzen Jugendliche als sexualisierte Grenzüberschreitung und Gewalt ein und wie hängen diese Einschätzungen gegebenenfalls mit ihrer geschlechtlichen Selbstpositionierung zusammen? Anhand ausgewählter quantitativer Daten aus der Onlinebefragung des Verbundprojekts »Safer Places« wird im Folgenden zuerst empirisch der These nachgegangen, dass ein Unterschied in der Einschätzung von Situationen als sexualisierte Gewalt oder sexualisierte Grenzüberschreitung in Abhängigkeit von der geschlechtlichen Selbstpositionierung von Jugendlichen besteht. Fokussiert wird dabei auf jene Jugendlichen, die sich selbst als »typischer Junge«, und auf jene, die sich selbst als »nicht so typischer Junge« positionieren. Im Anschluss daran werden theoretische Überlegungen zum Zusammenhang von Männlichkeitsvorstellungen und gesellschaftlichen Gewaltverhältnissen vorgestellt. Zum Schluss werden die empirischen und theoretischen Ausführungen zur sexualisierten Gewalt mit den aktuellen Debatten zu Schutzkonzepten in Verbindung gebracht.

## Sexualisierte Gewalt und geschlechtliche Selbstpositionierung

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderlinie »Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten« geförderte Verbundvorhaben »Safer Places« der Hochschulen Kassel, Hildesheim und Landshut erhob Daten in non-formellen und eher weniger pädagogisch strukturierten Räumen der offenen Jugendarbeit, der Jugendverbandsarbeit und dem Sport [21].[2] Im Fokus der qualitativen Interviews und der quantitativen Onlinebefragung standen dabei nicht die persönlichen Erfahrungen der Jugendlichen, sondern die Sichtweisen von Jugendlichen als auch von den Mitarbeitenden der Jugend(verbands-)arbeit auf sexualisierte Gewalt unter Jugendlichen. Das Verbundvorhaben versteht sich also als partizipativ angelegte Forschung, die auf die Sicht der Jugendlichen als Expert_innen ihrer Lebenswelt fokussiert.

### Geschlechtliche Selbstpositionierung der Jugendlichen

Den befragten Jugendlichen wurde im Forschungsprojekt »Safer Places« die Möglichkeit gegeben, sich auf einem Kontinuum geschlechtlich selbst zu verorten. Auf die Frage »Wie siehst Du Dich?« konnten die Jugendlichen sich selbst auf einer 100er Skala zwischen

**2** Im gesamten deutschen Bundesgebiet wurden über 3.000 Einrichtungen aus der Jugend(verbands-)arbeit und dem Sport angeschrieben, über das Projekt informiert und zur Teilnahme eingeladen. An der Onlinebefragung von »Safer Places« (die von Mai bis Dezember 2014 stattfand) nahmen insgesamt 1.167 Jugendliche zwischen 12 und 25 Jahren aus allen Bereichen der Jugendarbeit teil, wovon nach Datenbereinigung 364 in die Analyse eingingen. Parallel zur Onlinebefragung wurden erzählgenerierende Leitfadeninterviews (mit 39 Jugendlichen, 5 Doppelinterviews und 29 Einzelinterviews) mit Jugendlichen zwischen 12 und 20 Jahren geführt, wobei ein Großteil der Interviews im Kontext der offenen Jugendarbeit stattfand. Um auch die Sicht der pädagogisch Tätigen auf Peer Violence einzufangen, wurden 30 Experten_innen-Interviews mit haupt- und ehrenamtlichen Betreuenden geführt. Als letzter Schritt im Sinne der partizipativen Forschung wurden die Ergebnisse sowie die Entwicklung von Handlungsansätzen in Einrichtungen der Jugend(verbands-)arbeit und dem Sport mit Jugendlichen sowie pädagogisch Tätigen selbst diskutiert und reflektiert.




*Abb. 1: Frage zur geschlechtlichen Selbstpositionierung von Jugendlichen. Quelle: Online-Befragung »Safer Places« (N=364)*

»typisches Mädchen« und »typischer Junge« sowie jenseits des bipolaren Kontinuums positionieren (vgl. Abbildung 1).

Damit wurde den Jugendlichen im Rahmen der Onlinebefragung »Safer Places« eine differenziertere Selbstverortung hinsichtlich ›Geschlecht‹ ermöglicht, die von den Jugendlichen auch wahr- und angenommen wurde [22]. Erhoben wurde dabei weder das »biologische« noch das »soziale« Geschlecht der Jugendlichen, sondern wie sie sich selbst – wahrscheinlich in Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Zuschreibungen und Normen – geschlechtlich einordnen. Für die Berechnung des Zusammenhangs von geschlechtlicher Selbstpositionierung und den Sichtweisen der Jugendlichen auf sexualisierte Peer-Gewalt wurde das 100-er Kontinuum in 20er Schritte gesplittet (d. h.: 1–20 »typisches Mädchen«, 21–40 »eher typisches Mädchen«, 41–60 »zwischen eher ›typischem Mädchen‹ und ›typischem Jungen‹«, 61–80 »eher typischer Junge«, 81–100 »typischer Junge«).

Abbildung 2 zeigt, dass 46% aller befragten Jugendlichen der Studie »Safer Places« sich auf dem Geschlechterkontinuum als »geschlechtstypisch«, das heißt als »typischer Junge« oder als »typisches Mädchen« verorteten. 35% der befragten Jugendlichen positionierten sich als »eher« oder »nahe« der Position »typischer Junge«/»typisches Mädchen« und 8% positionierten sich »dazwischen«. Insgesamt 8% der befragten Jugendlichen kreuzten »weder noch« sowie »weiß nicht« als ihre geschlechtliche Positionierung an. Bei den Jugendlichen, die sich an den Rändern des Kontinuums positionierten, verorteten sich insgesamt 24,4% der befragten Jugendlichen als »typischer Junge« (und 21,2% als »typisches Mädchen«). In die Kategorie »eher typischer Junge« fielen 13,5% der befragten Jugendlichen (21,8% verorteten sich als »eher typisches Mädchen«).

## Einschätzung von Alltagserfahrungen als Grenzverletzungen

Anschließend wurden die jugendlichen Teilnehmer_innen der Onlinebefragung um eine Einschätzung verschiedener Situationen in der Jugendgruppe, den Jugendeinrichtungen und den Jugendbeziehungen gebeten. Auf die Frage »Wie würdest du es finden, wenn ein_e Jugendliche_r aus Deiner Jugendgruppe…« (z. B. eine_n andere Jugendliche_n ohne Zustimmung auf den Mund küsst) konnten die Jugendlichen diese Situationen von »absolut okay« bis »absolut nicht okay« einstufen. Darüber hinaus konnten die Jugendlichen auch angeben, ob dieselbe Situation aus ihrer Sicht eine Verletzung der persönlichen Grenze darstellt. Deutlich zeigt sich dabei, dass an der Schnittstelle von (ver)geschlechtlichter, sexualisierter und körperlicher Thematisierung das Einfallstor für sexualisierte Gewalt liegt. In den folgenden Abbildungen (3, 4 und 5) ist der Zusammenhang der geschlechtlichen Selbstpositionierung und der Einschätzung dieser unterschiedlichen Situationen abgebildet.

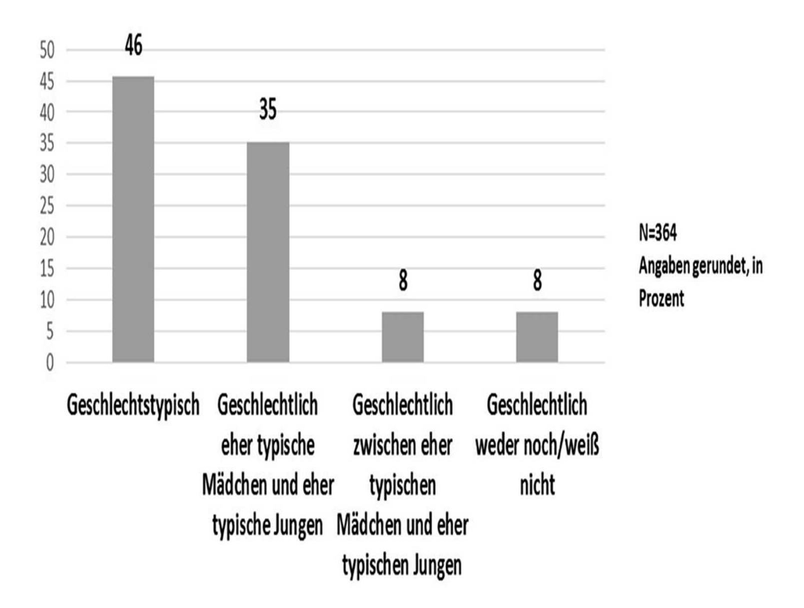



*Abb. 2: Geschlechtliche Selbstpositionierung der Jugendlichen. Quelle: Onlinebefragung »Safer Places« (N=364, Angaben in %)*

Hierbei fällt eine Differenz im Antwortverhalten zwischen den Gruppen der sich selbst als »typische Jungen« verortenden Jugendlichen und der Gruppe der sich »eher als typischer Junge« verortenden Jugendlichen auf: Diejenigen Jugendlichen, die sich als »typischer Junge« verorteten, gaben bei allen zur Einschätzung angegebenen Situationen (tendenziell) seltener an, dass diese eine Verletzung ihrer persönlichen Grenze seien. Sie schätzten »Gerüchte über das Sexualverhalten anderer zu verbreiten« zu 33% und »sexuelle Sprüche über den Körper einer_s anderen Jugendlichen zu machen« zu 18% als sexualisierte Grenzverletzung ein. Die sich als »eher typische Jungen« positionierenden Jugendlichen sahen »Gerüchte verbreiten« hingegen zu 54% und »Sprüche über den Körper anderer machen« zu 37% als Überschreitung ihrer persönlichen Grenze. Auch jene Jugendlichen, die sich »dazwischen« (also im Mittelfeld zwischen »typischer Junge« und »typischem Mädchen«) positionierten, machten deutlich häufiger als die »typischen Jungen«, die Angabe, dass diese beiden Situationen für sie eine Überschreitung ihrer persönlichen Grenze darstellen.

Zusammengefasst: Das diffamierende Reden über (ihre) Sexualität sowie das sexualisierte Sprechen über den (immer auch vergeschlechtlichten) Körper nahmen die befragten Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrer geschlechtlichen Selbstdefinition wahr. Je mehr die befragten Jugendlichen der Geschlechternorm entsprachen, also sich selbst als geschlechtstypisch einordneten, umso weniger nahmen sie sexualisierendes Reden als Gewalt wahr. Da die Onlinebefragung der Jugendlichen darauf zielte, deren Sichtweise und Einschätzung und nicht deren Erfahrung mit sexualisierter Gewalt zu analysieren, kann an dieser Stelle nur vermutet werden, dass die befragten Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrer geschlechtlichen Wahrnehmung auch unterschiedliche Erfahrungen mit sexualisierendem Angesprochenwerden, gegebenfalls aufgrund von eigenen Normierungs- und Diskriminierungserfahrungen, haben. Jene Jugendlichen, die sich als »eher typischer Junge« sowie als »zwischen ›typischer Junge‹ und

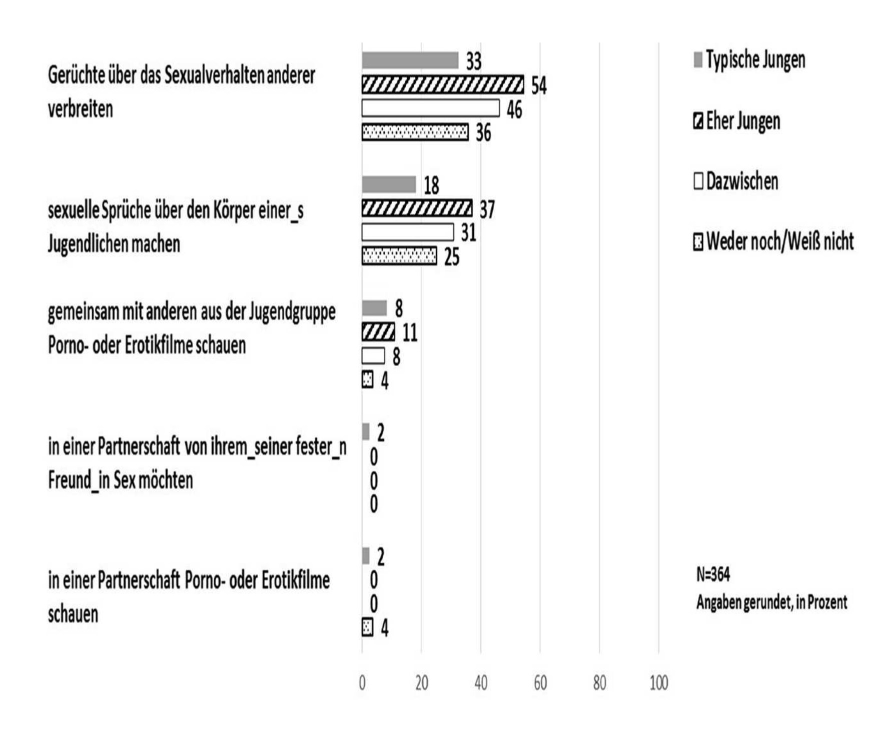



*Abb. 3: Einschätzung sexualisierter Alltagshandlungen als Grenzverletzung unter Jugendlichen. Quelle: Onlinebefragung »Safer Places« (N=364, Angaben in %)*

›typischem Mädchen‹« positionierten, zeigten eine größere Sensibilität in der Einschätzung dieser Situationen. Diskriminierung- und Hate Speech-Erfahrungen sind, so zeigt zum Beispiel die 2013 publizierte Studie »Erhebung unter Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen in der Europäischen Union« der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA), unter LGBTIQ*-Jugendlichen häufig anzutreffen (LGBTIQ* steht für »Lesbisch Schwul Bi Trans* Inter* Queer« bzw. im Englischen entsprechend für »Lesbian Gay Bisexual Trans Intersex Queer«). Hingegen scheinen innerhalb der Geschlechterposition »typischer Junge« diese Formen von grenzüberschreitenden Sexismen eher zum unthematisierten und unreflektierten Alltag der Jungen dazuzugehören: Sie könnten selbstverständlicher Teil von Männlichkeitskonstruktionen sein und werden demgemäß von den Jungen nicht als sexualisierte Gewalt verstanden und reflektiert (s. u.).

Bei Situationen, die im Bereich des sexualisierten Sprechens über andere angesiedelt sind (vgl. Abbildung 2), gaben die sich als »typische Jungen« verortenden Jugendlichen im Vergleich zur Gruppe der sich als »eher ›typischer Junge‹« Verstehenden zu 21% weniger an, dass dies eine persönliche Grenzverletzung darstelle. Wurden die Jugendlichen jedoch explizit nach sexuellem Handeln befragt (»von ihrem_seiner fester_n Freund_in Sex wollen«, »in einer Partnerschaft Porno- oder Erotikfilme schauen« sowie »mit anderen aus der Jugendgruppe Porno- oder Erotikfilme schauen«) so zeigten sich keine unterschiedlichen Einschätzungen in Abhängigkeit von der geschlechtlichen Selbstpositionierung (vgl. Abbildung 3). Vielmehr lässt sich aus den Daten schließen, dass Sexualität bzw. das Schauen von Pornografie – sofern es von einer Partnerschaft oder Jugendgruppe gerahmt ist – nicht als sexualisierte Grenzüberschreitung eingeschätzt

wird, sondern vielmehr zum Alltag aller Jugendlichen dazugehört. 45% der Jugendlichen im Alter von 16 und 19 Jahren kommen mindestens einmal monatlich in Kontakt mit Pornografie [23], wobei der Kontakt mit Pornografie je nach Geschlecht unterschiedlich gestaltet wird: »Jungen suchen Pornos eher gezielt auf, Mädchen kommen meist zufällig, beiläufig oder nicht-intendiert mit ihnen in Kontakt« [24]. Aktuellen Studien zufolge haben 90% der männlichen und 63% der weiblichen Jugendlichen mit 16 Jahren Erfahrungen mit Pornografie, bei den 14-Jährigen sind es 30% der Mädchen und fast 70% der Jungs [24, 25].[3]

### Einschätzung von Alltagserfahrungen im Bereich »social media«

Auch das Verlangen nach Sexualität im Rahmen einer Partnerschaft ist für die befragten Jugendlichen kein Aufreger: Sex zu wollen wird ebensowenig wie gemeinsam Pornos zu schauen als sexualisierte Grenzüberschreitung eingeschätzt. Was von den befragen Jugendlichen hingegen in hohem Maß als Überschreitung ihrer persönlichen Grenze eingestuft wurde, ist das Verhalten insbesondere im Kontext der social media: Postings, Filme und Videos (siehe Abbildung 4). Das heimliche Filmen unter der Dusche, auf der Toilette oder in der Umkleidekabine (z. B. des Sports) stellt für 75% aller befragten Jugendlichen eine Überschreitung ihrer persönlichen Grenze dar. Auch das Posten von Filmen und Fotos ohne Zustimmung sowie das Posten von Gerüchten und Geheimnissen im Netz stellt für fast die Hälfte aller befragten Jugendlichen in der Studie »Safer Places« eine grenzüberschreitende Situation dar (48%). Hierbei zeigt sich wiederum ein Unterschied in der Einschätzung zwischen sich als »typische Jungen« positionierenden Jugendlichen und jenen Jungen, die sich als »eher« oder »nicht ganz« »typischer Junge« positionierten.

Schon das heimliche Filmen zum Beispiel auf der Toilette, aber insbesondere das Posten von Geheimnissen und Gerüchten sowie das Posten von Videos oder Fotos ohne Zustimmung wird von »zwischen ›typischer Junge‹ und ›typisches Mädchen‹« positionierenden Jugendlichen am häufigsten sowie von jenen Jungen, die sich als »eher typischer Junge« sahen durchgehend häufiger als sexualisierte Grenzüberschreitung angegeben als von den »typischen Jungen«. Die Internetwelt ist Teil des jugendlichen Alltags und des jugendlichen Alltagshandelns. Und im Internet wird auch Privates einer digitalen Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die befragten Jugendlichen markieren jedoch eine Grenze an der aus dem alltäglichen *doing www* eine sexualisierte Grenzüberschreitung wird: Diese liegt genau dort, wo Filme, Gerüchte oder Fotos im Netz ohne Zustimmung, also ohne ihr Einverständnis, verbreitet werden. Im Vergleich der unterschiedlichen Situationenclusterungen (Sexualität, social media, Zustimmung zu Körperberührungen) stellt der Bereich der social media jenen Bereich dar, in dem aus der Sicht der Jugendlichen die wohl größte Anfälligkeit für sexualisierte Grenzüberschreitungen, mithin das Einfallstor für sexualisierte Gewalt liegt. Die Entgrenzung und Entpersonalisierung im Internet könnte mit der Möglichkeit für sexualisierte Grenzüberschreitungen korrelieren.

### Einschätzung von Alltagserfahrungen im Bereich Körperkontakt

Auch bei Einschätzungen von anderen Situationen wie Kuscheln, Berührungen oder Küssen, die explizit ohne Zustimmung passieren (siehe Abbildung 5), bleibt diese Tendenz erhalten: Die sich selbst als »typische Jungen« positionierenden Jugendlichen gaben deutlich seltener als die Jungen, die sich als »eher typi-

3 Die Definition dessen, was Pornografie ist, ist in den verschiedenen Studien unterschiedlich.

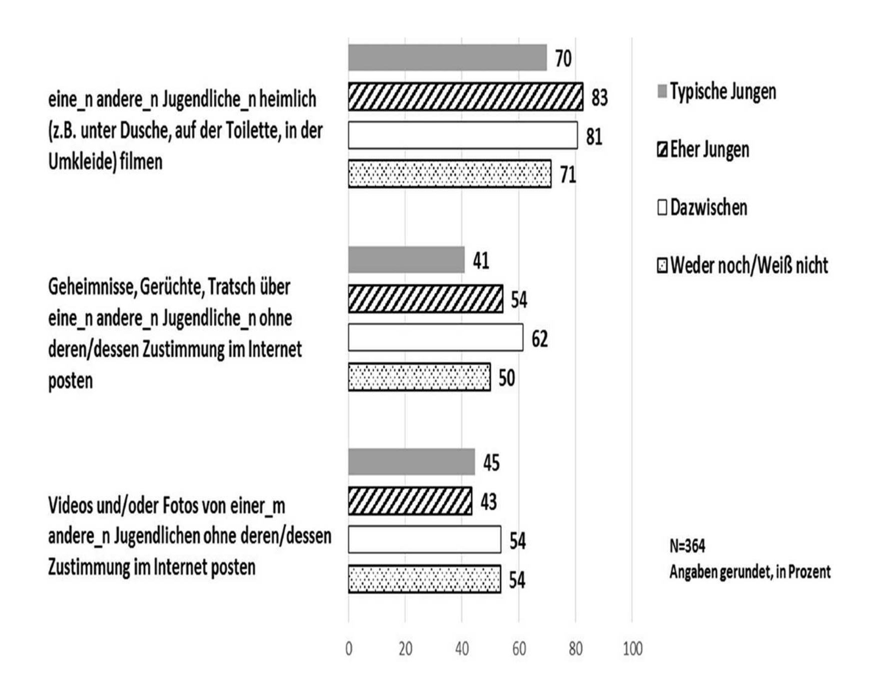



*Abb. 4: Einschätzung sexualisierter Alltagshandlungen im Bereich Social Media als Grenzverletzung unter Jugendlichen. Quelle: Onlinebefragung »Safer Places« (N=364, Angaben in %)*

scher Junge« positionierten, an, dass »mit einer_m anderen Jugendlichen ohne deren/dessen Zustimmung zu kuscheln« und »eine_n andere_n Jugendliche_n ohne deren/dessen Zustimmung (z.B. am Po, am Oberschenkel, der Brust) zu berühren«, eine Überschreitung der persönlichen Grenze ist. Aber auch »eine_n andere_n Jugendliche_n ohne deren/dessen Zustimmung auf den Mund küssen« sowie »eine_n andere_n Jugendliche_n beim Sport z.B. am Po, am Oberschenkel, an der Brust berühren, ohne dass es nötig ist«, ist für die Gruppe der sich selbst als »typische Jungen« verortenden Jugendlichen weniger eine Verletzung der persönlichen Grenze.

Berührungen ohne Zustimmung am Po, den Oberschenkeln oder der Brust sind insbesondere für Jugendliche, die sich zwischen den Polen »typischer Junge/typisches Mädchen« verorteten (zu 62%), und ohne Zustimmung auf den Mund geküsst zu werden zu 70% für jene Jungen, die als »eher ›typischer Junge‹« bezeichnet werden wollen, eine sexualisierte Grenzüberschreitung. Diese Situationen weisen deutlicher als die oben dargestellten (vgl. Abbildung 3 und 4) einen direkten Körperbezug auf. Diese verkörperlichten Handlungen brauchen das Einverständnis. Ohne diese Zustimmung zu diesen Handlungen werden sie von den Jugendlichen als grenzüberschreitend angesehen, und dies durchgehend häufiger von jenen Jungen, die sich weiter weg von »typischer Junge« positionierten. Die Jugendlichen, die sich »zwischen den Polen typischer Junge/typisches Mädchen« verorteten, zeigen hier hingegen ambivalente Einschätzungen: Sie weisen zum Teil die höchsten Werte, zum Teil die niedrigsten Werte in der Einschätzung einer verkörperlichten Situation als sexualisierte Grenzüberschreitung auf. Salopp gesagt: Kuscheln sowie Berührungen beim Sport sind für Jugendliche, die sich zwischen den Polen »typischer Junge« und »typisches Mädchen« positionieren in Ord-

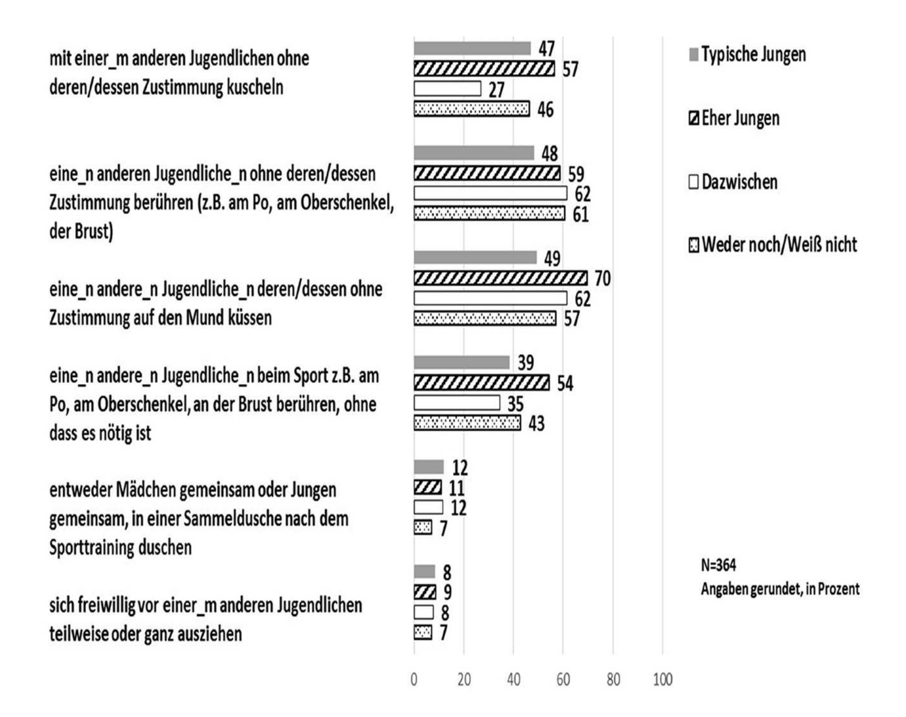



*Abb. 5: Einschätzung sexualisierter Alltagssituationen im Bereich Körperkontakt als Grenzverletzung unter Jugendlichen. Quelle: Onlinebefragung »Safer Places« (N=364, Angaben in %)*

nung, ohne Zustimmung geküsst oder berührt zu werden aber »geht gar nicht«.

### Resümee sexualisierte Grenzüberschreitungen aus Sicht von Jugendlichen

Zusammenfassend kann zur Einschätzung von sexualisierten Grenzüberschreitungen aus Sicht von Jugendlichen, die sich als »typischer Junge« positionieren, und Jungen, die als »eher typischer Junge« erfasst werden, sowie jenen Jugendlichen, die sich »zwischen ›eher typischer Junge‹ und ›eher typischem Mädchen‹« positionieren, festgehalten werden, dass die Gruppe der »typischen Jungen« eher die Tendenz hat, sexualisierte Situationen weniger als Verletzung der persönlichen Grenze zu sehen als die anderen Jugendlichen bzw. Jungen. In der Studie »Jugendsexualität« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2015 zeigt sich, dass männliche Jugendliche insgesamt deutlich weniger von sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen berichten als jugendliche Mädchen (4% zu 21%) [26]. Für eine empirisch fundierte Theoriebildung zu Männlichkeit und Gewalt sowie für eine theoretisch fundierte Empirie im Bereich Peer Violence stellt sich also die Frage, wie dieser Zusammenhang geschlechtertheoretisch erfasst werden kann. Die Gruppe der sich selbst als »typische Jungen« verortenden Jugendlichen gibt in allen Situationen am seltensten an, etwas als Verletzung der persönlichen Grenzen einzuschätzen. Sich als »typische Jungen« verortende Jugendliche können Grenzverletzungen und Gewaltwiderfahrnisse gegebenenfalls nicht benennen und besprechen, da sie als »unmännlich« gelten und mit dem Verdacht auf Homosexualität belegt werden. (Gleichzeitig sind sie wahrscheinlich auch seltener davon betroffen bzw. üben die Grenzüberschreitungen womöglich selbst aus). Um-

gekehrt ist die Gruppe der nicht so typischen Jungen von hegemonialen Männlichkeitsvorstellungen und der Selbstpositionierung (und dem Positioniert-Werden) in einer (marginalisierten oder) untergeordneten Männlichkeit (vgl. zur Typologie [27]) in diesem Sinne »erfahrener« mit Geschlechternormierungen sowie mit Diskriminierungen und gegebenenfalls auch mit sexualisierter Gewalt.

## Männlichkeitsvorstellungen als Hindernis

> »Gewalt ist: ein Mittel zur Selbstwertsteigerung […] [und] der Versuch, die ›Eindeutigkeit‹ in der sozialen Orientierung in einer unübersichtlichen und widersprüchlich gewordenen sozialen und kulturellen Umwelt wieder herzustellen, indem man sich situativ zum Herrn der Lage [!] macht bzw. die ›Rangordnung‹ gegenüber Schwächeren demonstriert« [28, S. 598].

Über Gewaltausübung, so Lothar Böhnisch, möchten männliche Jugendliche (wieder) etwas wert sein. Anerkennung wird dabei über die Schaffung und Gestaltung von Kollektivität (z. B. in einer Szene/einer Peer Group), aber zum Beispiel auch über rassistische oder sexistische oder auch trans*feindliche Abwertungen »Anderer« zu erlangen versucht. An der Schnittstelle von Geschlechterhandeln und Gewalthandeln (wobei damit verschiedene Formen von Gewalt erfasst werden) erläutert Lothar Böhnisch somit Formen und Facetten sexualisierter Gewalt unter Jugendlichen.

Mehr noch als dies hat die soziologische Geschlechterforschung seit jeher darauf hingewiesen, dass geschlechterhierarchische Verhältnisse Gewaltverhältnisse sind. Dieses Gewaltverhältnis ist nicht so sehr ein physisches, direktes, sondern vielmehr ein strukturelles und normatives. »Symbolische Gewalt« [29] als Herrschaftsform bedinge nun die Durchsetzung und Anerkennung von sowie das Einverständnis mit sozialen Ordnungen, unter anderem der Geschlechterordnung, als scheinbar »natürliche«. Natürlich und fraglos gegeben erscheint diese gesellschaftliche (Geschlechter-)Ordnung und die männliche Herrschaft, weil sie sich über Somatisierungsprozesse von Beginn an im Habitus eines_r jeden einlagert. Symbolische Gewalt ist also eine Form von Gewalt, die nicht als solche erkannt wird, eine subtile und unsichtbare Form der Herrschaft, die Institutionen ebenso wie hegemonialen Repräsentationen von Geschlechterbeziehungen eingeschrieben ist.

Männlichkeit (und auch Weiblichkeit) formt sich somit nicht nur im Rahmen gesellschaftlicher Diskurse, Bezeichnungs-, Regulierungs- und Normierungsverfahren. Sondern die männliche Herrschaft sei, so Pierre Bourdieu, »symbolische Herrschaft par excellence, derart tief in unserem Unbewußten verankert, dass wir sie nicht mehr wahrzunehmen, derart gegenwärtig in allen Dingen unseres Lebens, dass wir sie nicht mehr in Frage zu stellen fähig sind« [30]. Kennzeichen der »symbolischen Gewalt« der Geschlechterordnung und der Geschlechterkonstruktionen ist, dass sie sich als »Sicht der Welt« im Handeln, Tun, Wahrnehmen und Fühlen aller Beteiligten einlagert und damit die fortlaufende Komplizenschaft von »Herrschern« und »Beherrschten« sichert. Getarnt als symbolische Ordnung wird so die bestehende Geschlechterordnung abgesichert, denn Kennzeichen der symbolischen Gewalt sei gerade die Verkennung der Gewalt und ihre Anerkennung als legitime Macht [31].

Unbenommen der Tatsache, dass es in den letzten Jahrzehnten auch Veränderungen in den Geschlechterordnungen gegeben hat (Michael Meuser nennt hier unter anderem den Strukturwandel der Erwerbstätigkeit, den Wandel weg vom Familienernährer hin zum Adult-Worker-Modell, oder die gestiegene Partizipation von Vätern in der Kindererziehung, abzulesen etwa am höheren Anteil von Kindererziehungsmonaten), bleibt hegemoniale Männlichkeit [32] als generatives Prinzip erhalten, das heißt als die Norm und das Ideal von Männlichkeit, an dem

zu orientieren alle bestrebt sein müssen. Leitbild hegemonialer Männlichkeit sei in westlichen Gesellschaften der »global agierende Manager aus technokratischem Milieu« [33]. Weitere paradigmatische Typen von Männlichkeit seien »der Soldat«, »der Bürokrat« oder »Fußballidole« [34]. Gleichermaßen in den »perfekten Verkörperungen hegemonialer Männlichkeit (so es diese überhaupt gibt) als auch in den sehr viel häufiger verbreiteten untergeordneten Männlichkeiten« [32] lässt sich die Orientierung an dieser hegemonialen Männlichkeit erkennen. Dabei impliziert hegemoniale Männlichkeit sowohl eine Differenzrelation als auch eine Abwertungs- und Unterordnungsrelation innerhalb von Männlichkeit. Denn Männlichkeit konstituiert sich in einer doppelten »Beziehungsstruktur«: in Relation zu Frauen und in Relation zu anderen Männern. In dieser doppelten Relationsstruktur werden also Differenz und Dominanz im alltäglichen Handeln produziert, Männlichkeit konstituiert und die dominante Position des Männlichen garantiert. R. Connell hat dies unter dem Terminus der »hegemonialen Männlichkeit« zusammengefasst. »Die Konstruktion hegemonialer Männlichkeiten in den verschiedenen sozialen Praxen […] [ist] der Modus, mittels dessen männliche Hegemonie in einer Gesellschaft immer wieder hergestellt wird« [35] und darüber Herrschaftsverhältnisse stabilisiert und an ihnen partizipiert wird.

Eine Hauptkomponente in der Konstitution hegemonialer Männlichkeit ist Heterosexualität [36], womit Heteronormativität/Homo-, aber auch Trans*feindlichkeit zum genuinen Bestandteil von hegemonialer Männlichkeit wird. Der »schwule Mann«, der »transsexuelle Mann« oder der »effeminierte Mann« zählen nach Connell auch zu den untergeordneten Männlichkeiten.[4] Die damit verbundene Unterstellung einer »fehlenden Männlichkeit« oder einer »symbolischen Verweiblichung« [38] äußert sich in »unzähligen Formen und Variationen, vom abgedroschenen Witz vom Schwulen mit der klassischen Fallhand und diversen Tuntigkeiten, bis zur spitzfindigen psychiatrischen Erforschung der ›Ätiologie‹ von Homosexualität in der Kindheit« [27, S. 165].

Gewalt- und Geschlechterverhältnisse sind also miteinander verwoben und umfassen sowohl eine heterosoziale als auch eine homosoziale Dimension. Gewalthandeln kann als funktional für die Herstellung und Verteidigung von Männlichkeit angesehen werden [39–41]. Auch Peer Violence, also sexualisierte Gewalt unter Jugendlichen, kann demnach als Auseinandersetzung mit einer umkämpften und zu verteidigenden Männlichkeit interpretiert werden. Gewalthandeln kann nun als Mittel eingesetzt werden, um Männlichkeit herzustellen und zu stabilisieren wie auch gleichermaßen zu zerstören. Wenn symbolische Gewalt immer ein Bestandteil der vorherrschenden Geschlechterordnung und damit auch der Konstitution von Männlichkeit ist, so liegt der Schluss nahe, dass im Prozess der »Mannwerdung« [42] eine Normalisierung von Gewalt stattfindet. Hegemoniale Männlichkeitsvorstellungen erschweren dabei die Anerkennung von Jungen und Männern als von sexualisierter Gewalt Betroffene. Vielmehr wird die Vulnerabilität von (insbesondere geschlechtsuneindeutigen und geschlechtsuntypischen) Jungen und Männern und deren Schutzwürdigkeit systematisch ausgeblendet [7].

## Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

### Empfehlungen für Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik

Männlichkeits-, Gewalt- und Gesundheitsanalysen würde ein diverser Blick auf Männlichkeiten guttun, um so die vielfältigen Ausdrucksformen und Facetten von Geschlechtlichkeit

4 Von Ausgrenzungen und Marginalisierungen erfasst, werden aber auch Männer mit Migrationsbiografie, das heißt *andere, fremde* Männer [37].

(typisch, nicht so typisch, dazwischen, jenseits der Zweigeschlechtlichkeit) zur Basis von Präventions- und Schutzkonzepten zu machen. Die Soziologin Nina Degele [34] hat dies programmatisch als »Männlichkeiten queeren« beschrieben. Sie erfasst darunter zunächst einmal die Identifikation und Problematisierung von Männlichkeit und der ihr zugeschriebenen exklusiven Eigenschaften (wie z. B. Kampfeslust, risikobereit, Konkurrenz, stark, hart im Nehmen), von denen die Gesundheitsforschung längst weiß, dass sie Männer daran hindern, Strukturen und Hilfen im Gesundheitssystem rechtzeitig in Anspruch zu nehmen. Männlichkeiten zu queeren und damit Gewalt(verhältnisse) zu destabilisieren bedeutet darüber hinaus in heteronormativitätskritischer Absicht, – in den verschiedenen Arbeits- und Betätigungskontexten wie der Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem oder der Forschung – Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität zu identifizieren und zu »entselbstverständlichen« [34, S. 30].

## Empfehlungen zur Prävention sexualisierter Gewalt

In diesem Sinne braucht auch eine »Kultur des Hinsehens und Hinhörens«, wie sie derzeit in den Debatten über »Schutzkonzepte« umgesetzt wird, einen entselbstverständlichenden Blick auf Männlichkeiten und Gewalt. Kinder und Jugendliche haben grundsätzlich ein höchstpersönliches Recht auf Schutz und Sicherheit, sowohl in den verschiedenen Bereichen der Jugendarbeit wie auch in den Peer-Groups: »Ihr Recht auf Schutz und Sicherheit ist unveräußerlich« [43]. Insofern sind alle Trägerorganisationen und sozialpädagogisch Tätige aufgefordert, sicherzustellen, dass das höchstpersönliche Recht auf Schutz eines jeden Kindes oder Jugendlichen zum Beispiel auch in der Peergroup eingelöst wird [43]. Das heißt für Schröer und Wolff, dass Kindern und Jugendlichen »Choice-, Voice- und Exit-Optionen« in organisierter Form ermöglicht werden müssen:[5]

> »Dabei bilden alle Verfahren, Routinen und Prozesse, die Organisationen vor dem Hintergrund ihres spezifischen Profils und ihrer spezifischen Zielgruppen zur Prävention von möglicher Gewalt, zur Intervention und Aufarbeitung von Vorkommnissen erarbeiten, ein Schutzkonzept. Diese Schutzkonzepte sollten vor Ort unter Beteiligung möglichst aller Akteursgruppen der Organisationen entstehen und in den alltäglichen Beziehungen nachhaltig umgesetzt werden« [43].

## Empfehlungen für Jugendarbeit und Informationen

Schutzkonzepte in pädagogischen Einrichtungen zielen also über Reflexionsprozesse darauf,

**5** Zu den Choice-, Voice und Exit-Optionen erklären sie: »Kinder und Jugendliche [sollten] in der Jugend(verbands)arbeit die Wahl (›choice‹) haben, entscheiden zu können, ob sie sich überhaupt in einer bestimmten Situation befinden wollen. Es ist hoch voraussetzungsreich, eine solche Wahl treffen zu können, denn dieses setzt voraus, dass die Jugendlichen auch auf der persönlichen Beziehungsebene mehrere Möglichkeiten kennen, und ihnen unterschiedliche Optionen eröffnet werden. […] Weiterhin müssen Kinder und Jugendliche eine Stimme (›voice‹) haben, um ihre Interessen deutlich machen zu können. Es geht hier darum, in der Lage zu sein, im Zweifelsfall eine Beschwerde zu führen oder zu sagen, warum sie etwas nicht wollen oder ermuntert zu werden und das Recht zu haben, einfach auch nur zu sagen: ›Das möchte ich so nicht!‹, ohne sich legitimieren zu müssen. Dies ist ebenfalls wiederum voraussetzungsreich, weil Jugendlichen eine Stimme zu geben, heißt, dass sie motiviert, immer wieder neu eingeladen und in die Lage versetzt werden müssen, ihre Stimme zu erheben. […] Letztlich müssen Kinder und Jugendliche für sich stets einen Ausweg sehen und im Zweifelsfall diesen auch nutzen können. Mit anderen Worten: Sie müssen darin gestärkt sein, dass sie von ihrem Recht Gebrauch machen können, aus einer Situation auch heraustreten zu können, in der sie sich nicht wohl fühlen (›exit‹)« [43].

fachliche Potenziale zur Entwicklung diskriminierungs- und gewaltfreier Räume und spezifischer »Gefährdungsmomente« in den Blick zu nehmen, Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und Interventionsmaßnahmen festzulegen. Schutzkonzepte sind somit Bestandteil von Organisationsentwicklungsprozessen, um die höchstpersönlichen Rechte von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen und gewaltfreie Kinder-, Jugend- und Bildungsräume zu etablieren. Eine in jeder Hinsicht gendersensible, entselbstverständlichende Jugend- und Jungenarbeit unterstützt diesen Prozess [44]. In diesem Rahmen ist die Aneignung und Weitergabe von Wissen zu sexualisierter Gewalt auch gegen männliche Kinder und Jugendliche, ebenso wie das Wissen hinsichtlich unterschiedlicher Sichtweisen auf sexualisierte Grenzüberschreitungen unter Jugendlichen, notwendig zur Förderung einer Kultur der Achtsamkeit.

## Literatur


1 WHO (World Health Organisation). Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. 2002 [zitiert am 21.7.2016]. http://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/WHO_summary_ge.pdf.

2 von Klitzing K, Goldbeck L, Brunner R, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K, Lohaus A, Heim C, Heinrichs N, Schäfer I. Folgen von Misshandlung im Kindes- und Jugendalter. Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder. 2015; 9(2):122–133.

3 Krug EG, Dahlberg L, Mercy JJ, Zwi AB, Lozano R (Hrsg.). Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Genf: 2003:4. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf.

4 Rendtorff B. Überlegungen zu Sexualität, Macht und Geschlecht. In: Thole W, Baader M, Helsper W, Kappeler M, Leuzinger-Bohleber M, Reh S, Sielert U, Thompson C (Hrsg.), Sexualisierte Gewalt, Macht und Pädagogik. Opladen: Barbara Budrich; 2012: 38–150.

5 Bange, D. Sexueller Mißbrauch an Jungen. Göttingen: Hogrefe; 2007.

6 Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. Child Maltreatment. 2011;16:79–101.

7 Scmabor E, Wittenzellner U, Puchert R, Rieske ThV, Könnecke B. »… dass die Leute da auch genauer hingucken«. Die Aufdeckung von sexualisierter Gewalt bei männlichen Kindern und Jugendlichen in der Jugendarbeit fördern. Sozialmagazin, Sexualisierte Gewalt und Jugendarbeit. 2016; 41(7/8):60–67.

8 Mosser P. Wege aus dem Dunkelfeld. Aufdeckung und Hilfesuche bei sexuellem Missbrauch an Jungen. Wiesbaden: VS; 2009.

9 Fegert JM, Wolff M. Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen«. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Weinheim: Beltz Juventa; 2015.

10 Bundschuh C. Sexualisierte Gewalt gegen Kinder in Institutionen. Nationaler und internationaler Forschungsstand. Expertise im Rahmen des Projekts »Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen«. Wissenschaftliche Texte. 2011. http://beauftragte-missbrauch.de/file.php/95/Expertise_Bundschuh.pdf.

11 Fegert JM, Wolff M (Hrsg.). Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen. Prävention und Intervention – ein Werkbuch. Weinheim: Juventa; 2006.

12 Wolff M. Gewalt in Institutionen. In: Schröer W, Struck N, Wolff M (Hrsg.), Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa;2016:1181–1196.

13 Kappeler M. Anvertraut und Ausgeliefert. Sexuelle Gewalt in pädagogischen Einrichtungen. Berlin: Nicolai-Verlag; 2011.

14 Andresen S, Heitmeyer W (Hrsg.). Zerstörerische Vorgänge. Missachtung und sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen. Weinheim: Beltz Juventa; 2012.

15 Dörr M, Müller B (Hrsg.). Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität. Weinheim: Beltz Juventa; 2006.

16 Helfferich C, Kavemann B, Kindler H (Hrsg.). Forschungsmanual Gewalt. Grundlagen der empirischen Erhebung von Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt. Wiesbaden: Springer; 2016.

17 Allroggen M, Spröber N, Rau Th, Fegert JM. Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Ursachen und Folgen. Eine Expertise der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. 2. erw. Auflage. Ulm: Universitätsklinikum Ulm; 2011.

18 Finkelhor D. Child Sexual Abuse: New Theory and Research. New York: Free Press; 1984.

19 Jäger R, Fischer U, Riebel J. Mobbing bei Schülerinnen und Schülern der Bundesrepublik Deutschland. Eine empirische Untersuchung auf der Grundlage einer Onlinebefragung. Zentrum für empirische pädagogische Forschung: Universität Koblenz-Landau; 2007.

20 Wolff M, Norys T. Perspektiven von Erwachsenen auf den sicheren Ort der Jugendarbeit. Sozialmagazin, Sexualisierte Gewalt und Jugendarbeit. 2016;41(7/8):37–43.
21 Domann S, Rusack T. »Fast alle sind dann immer gut gelaunt und lachen, erzählen Witze.« – Die pädagogische Beziehung zwischen Jugendlichen und Mitarbeitenden in der Jugendarbeit. Sozialmagazin, Sexualisierte Gewalt und Jugendarbeit. 2016;41(7/8):29–36.
22 Busche M, Domann S, Krollpfeiffer D, Norys T, Rusack T. »Perspektiven auf sexualisierte Gewalt im Kontext der Jugend(verbands)arbeit und des Jugendsports – Aspekte geschlechtlicher und sexueller Vielfalt«. In: Mahs C, Rendtorff B, Rieske T (Hrsg.), Erziehung – Gewalt – Sexualität. Zum Verhältnis von Geschlecht und Gewalt in Erziehung und Bildung. Opladen: Barbara Budrich; 2016.
23 Grimm P, Rhein S, Müller M. Porno im Web 2.0. Die Bedeutung sexualisierter Web-Inhalte in der Lebenswelt von Jugendlichen. Berlin: Vistas; 2011.
24 Schmidt G, Matthiesen S. What do boys do with porn? Ergebnisse einer Interviewstudie, Teil 2. Zeitschrift für Sexualforschung. 2011;24(4):353–378.
25 Matthiesen S, Martyniuk U, Dekker A. What do girls do with porn? Ergebnisse einer Interviewstudie, Teil 1. Zeitschrift für Sexualforschung. 2011;24(4):326–352.
26 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Jugendsexualität. Die Perspektive der 14- bis 25 Jährigen. Köln: BZgA; 2015:196.
27 Connell, RW. Der gemachte Mann. Männlichkeitskonstruktionen und Krise der Männlichkeit. 3. Aufl. Opladen: Leske & Budrich; 2006.
28 Böhnisch L. Gewalt – Jungen und junge Männer. In: Schröer W, Struck N, Wolff M (Hrsg.), Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2016:591–6078.
29 Bourdieu P. Die männliche Herrschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 2005:63ff.
30 Bourdieu P. Teilen und Herrschen. Zur symbolischen Ökonomie des Geschlechterverhältnisses. In: Rademacher C, Wiechens P (Hrsg.), Geschlecht — Ethnizität — Klasse. Zur sozialen Konstruktion von Hierarchie und Differenz. Wiesbaden: Springer VS; 2001:11.
31 Bourdieu P, Wacquant L. Reflexive Anthropologie. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1996:204.
32 Meuser M. Hegemoniale Männlichkeit. Überlegungen zur Leitkategorie der men´s studies. In: Aulenbacher B, Bereswill M, Löw M, Meuser M, Mordt G, Schäfer R, Scholz S (Hrsg.), FrauenMännerGeschlechterforschung. State of the Art. Münster: Westfälisches Dampfboot; 2006:160–174.
33 Thielen M. Wo anders leben. Migration, Männlichkeit und Sexualität. Biografische Interviews mit iranischstämmigen Migranten in Deutschland. Münster: Waxmann; 2009:56.
34 Degele N. Männlichkeiten queeren. In: Bauer R, Hoenes J, Wolterdorff V (Hrsg.), Unbeschreiblich männlich. Heteronormativitätskritische Perspektiven. Hamburg: Männerscharm Verlag; 2007:29–42.
35 Scholz S. Männlichkeit erzählen. Lebensgeschichtliche Identitätskonstruktionen ostdeutscher Männer. Münster: Westfälisches Dampfboot, 2004:36.
36 Lorber J. Gender-Paradoxien. Opladen: Leske & Budrich; 1999:114.
37 Tuider E. »Fremde Männlichkeiten«. Oder: When Masculinity meets Care. In: Baader MS, Bilstein J, Tholen T (Hrsg.), Erziehung, Bildung und Geschlecht. Opladen: VS Verlag; 2012:383–402.
38 Budde J. Inklusion und Exklusion. Zentrale Mechanismen zur Herstellung von Männlichkeit zwischen Schülern. In: Aulenbacher B, Bereswill M, Löw M, Meuser M, Mordt G, Schäfer R, Scholz S (Hrsg.), FrauenMännerGeschlechterforschung. State of the Art. Münster: Westfälisches Dampfboot; 2006:217–227.
39 Meuser M. Strukturübungen. Peer Groups, Risikohandeln und die Angeignung des männlichen Geschlechtshabitus. In: Flaake K, King V (Hrsg.), Männliche Adoleszenz. Frankfurt/Main: Campus; 2005.
40 Messerschmidt JW. Masculinities and Crime. Critique and Reconceptualization of Theory. Lanham: Rowman & Littlefield; 1993.
41 Bereswill M. Sich auf eine Seite schlagen. Die Abwehr von Verletzungsoffenheit als gewaltsame Stabilisierung von Männlichkeit. In: Bereswill M, Meuser M, Scholz S (Hrsg.), Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit. Münster: Westfälisches Dampfboot; 2009:101–118.
42 Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R, Puhe H, Walter W: Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Opladen: Barbara Budrich; 2007.
43 Schröer W, Wolff M. Schutzkonzepte in der Jugendarbeit, Sozialmagazin Sexualisierte Gewalt und Jugendarbeit. 2016;41(7/8):84–89.
44 Dissens e.V., Debus K, Könnecke B, Schwerma K, Stuve O. Geschlechterreflektierte Arbeit mit Jungen an der Schule. Texte zu Pädagogik und Fortbildung rund um Jungenarbeit, Geschlecht und Bildung. Berlin: Selbstverlag; 2012.

# 5.3 »Täter« und auch »Opfer«: Jungen und junge Männer mit sexuell übergriffigem Verhalten

*Torsten Kettritz*

**Zusammenfassung**
Entgegen der oft praktizierten Herangehensweise, Jungen und junge Männer mit sexuell übergriffigem Verhalten isoliert und ausschließlich als »Täter« zu sehen, soll die Thematik der sexuellen Übergriffigkeit durch Minderjährige hier mehrdimensional beleuchtet werden.

Dazu wird sich der Auseinandersetzung zunächst auf einer begrifflichen Ebene genähert. Sexuell übergriffiges Verhalten wird als nichts Festgeschriebenes betrachtet, denn Verhalten ist veränderbar. Es wird darauf hingewiesen, dass es nicht darum geht, einen verbindlichen Leitbegriff zu finden, sondern sowohl im wissenschaftlichen Diskurs als auch in praktischen Arbeitsfeldern mit einer angemessenen sprachlichen Sorgfalt zu agieren. Dies dient vor allem dem Zweck, diese Kinder und Jugendlichen nicht zu stigmatisieren. Der vorliegende Beitrag soll die möglichen Zusammenhänge zwischen Opfererfahrungen und Täteranteilen mit der notwendigen Differenziertheit und unter der Berücksichtigung von Reviktimisierungsrisiken thematisieren. Ein zentrales Anliegen des Beitrags ist es, in der Arbeit mit Jungen und jungen Männern mit sexuell übergriffigem Verhalten jeden einzelnen Jungen in seiner Vielfältigkeit zu sehen und dabei weg von der eng deliktorientierten Arbeit hin zu ganzheitlichen Ansätzen zu gelangen.

**Summary: »Offender« and »victim« too: Boys and young men with a sexual assaulting behavior**
Contrary to the often practiced approach that takes boys and young men showing sexual assaulting exclusively as perpetrators, this article examines the topic in a multidimensional manner. For this purpose, the dispute is first approached on a notional level. Sexual assaulting is not regarded as fixed behavior as behavior is subject to change. The point is not finding a binding guiding principle but to act with adequate linguistic care, both in scientific discourse as well as in the fields of practical work. This primarily serves the purpose to avoid stigmatising the children and adolescents concerned. This paper intends to discuss the possible ratio between former victims and future offenders taking into regard the appropriate differentiation and the risk of revictimisation. A central concern of this article is to look at each individual boy in his diversity in the work with boys and young men with sexually transcendent while moving away from the closely offence-oriented work towards holistic approaches.

---

## Einleitung

Häufig wird diskutiert, was mit Jungen, die sexuelle Übergriffe begehen, los sei. Wenn dann (noch) bekannt wird, dass ein Junge vorher selbst von sexualisierter Gewalt betroffen gewesen war und nun zum »Täter« geworden ist, reichen die Kommentare von: »Musste ja so kommen…« bis zum völligem Unverständnis wie: »Der müsste doch selber genau wissen, wie das ist…«. Und schnell beginnen dann die Vorverurteilungen wie: »Die sind doch alle krank…«.

Aaron Antonowsky, der Begründer der Salutogenese, stellte fest, dass Gesundheit kein starrer Zustand, sondern ein variierender Prozess ist. Niemand sei hundertprozentig gesund oder hundertprozentig krank [1].

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) klassifiziert im Kapitel »Psychische und Verhaltensstörungen« unter anderem Störungen der Geschlechtsidentität (F 64.–), Störungen der Sexualpräferenz (F 65.–) und Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F 66.–). Nur ein sehr geringer Teil der Menschen mit sexuell übergriffigem Verhalten findet sich in diesen klassischen Krankheitsklassifikationen wieder. Der weitaus größte Teil dieser Menschen zeigt ein sozial unzureichend angepasstes Verhalten.

Kinder (bis 13 Jahre), Jugendliche (14 bis 17 Jahre) und junge Erwachsene (18 bis 21 Jahre) mit sexuell übergriffigem Verhalten sind durch verbal und/oder körperlich ausagierendem sexualisiertem Verhalten aufgefallen und/oder sind wegen sexualisierter Gewalt angezeigt worden und/oder bereits wegen eines Sexualdelikts verurteilt worden [2]. Sie sind in der Regel nicht »krank« (in Hinsicht auf ihre sexuell übergriffigen Verhaltensweisen). Es muss beachtet werden, dass dieses Verhalten in den meisten Fällen kein isoliertes Symptom ist. Häufig existieren neben sexuell auffälligen Verhaltensmanifestationen vielfältige psychopathologische Belastungen.

## Begriffliche Vielfalt – Klassifizierung sexualisierter Gewalt

*Sexueller Missbrauch* bedeutet, dass ein Erwachsener oder Jugendlicher sexuelle Handlungen an, mit oder vor einem Kind vornimmt oder an sich vornehmen lässt. Der Täter/die Täterin nutzt dabei die Abhängigkeit, das Vertrauen oder die Unterlegenheit des Kindes zur eigenen Bedürfnisbefriedigung aus [3].

Im Folgenden findet sich eine Zusammenstellung von Begriffsvarianten (orientiert an Allroggen, [4]), die auch problematische sexuelle Verhaltensweisen von Jugendlichen miteinschließt:

- *Sexuelle Belästigung (sexual harassment):* Sexualisiertes Verhalten, das überwiegend nicht mit körperlichem Kontakt bzw. leichteren Formen sexuell aggressiven Verhaltens einhergeht, und auch Verhaltensweisen wie das Erzählen von obszönen Witzen und/oder sexuelle Beleidigungen oder Bemerkungen erfasst. Es kann als jede Form der unerwünschten sexuellen Aufmerksamkeit angesehen werden [5].
- *Sexuell aggressives Verhalten:* Jede Form von ungewollten sexuellen Kontakten, die durch gewalttätige oder nicht-gewalttätige Mittel erreicht werden. Die Mittel, die eingesetzt werden, um einen ungewollten sexuellen Kontakt zu erreichen, können verbaler Druck, Bedrohungen, aber auch körperliche Gewalt umfassen [6].
- *Sexualisierte Gewalt durch Kinder/Jugendliche an ihren Geschwistern* bezeichnet sexuelle Übergriffe durch Kinder/Jugendliche an biologischen, Adoptiv-, Halb-, Stief- oder Pflegegeschwistern.
- Klaus Beier [7] unterscheidet zwischen:
  a) *Dissexualität* (das sich im Sexualleben ausdrückende Sozialverhalten)
  b) *Sexualdelinquenz* (die strafverfolgbare Dissexualität im engeren Sinne)
  c) *Devianz und Deviation* (abweichende Sexualpraktiken)
- Weiterhin wird unterschieden nach Tatformen [8]:
  d) *Hands-off-Taten* (z. B. Exhibitionismus, verbale Belästigung, Vorzeigen pornografischer Filme)
  e) *Hands-on-Taten* (z. B. Anfassen von Brust und Genitalien, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung)

Ein einheitlicher Gebrauch der Begrifflichkeiten besteht in Deutschland derzeit nicht. Der Autor verweist auf die vielen in der Literatur unterschiedlich verwendeten Begriffe und verwendet im Folgenden:

*Sexualisierte Grenzverletzungen* sind alle Verhaltensweisen gegenüber Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die deren persönliche Grenzen überschreiten. Sie geschehen aus Unwissenheit, Fehleinschätzungen oder unklarer Kommunikation. Häufig sind hierunter sexuelle Handlungen aus Missverständnissen, sexistische Sprache usw. zu verstehen. Sexualisierte Grenzverletzungen werden als Fehlverhalten erkannt bzw. man wird darauf aufmerksam gemacht und kann das Verhalten entsprechend korrigieren. Wird auf das angemahnte Verhalten nicht mit einer Verhaltenskorrektur reagiert und das sexualisiert grenzverletzende Verhalten vorsätzlich fortgesetzt, dann wird die Grenze der sexualisierten Grenzverletzung bewusst und wiederholt zum Schaden einer anderen Person überschritten.

*Sexuelle Übergriffe* unterscheiden sich von Grenzverletzungen dadurch, dass sie nicht zufällig passieren, nicht aus Versehen. Es geht um absichtliche und bewusste, meistens mit einer Planung durchgeführte sexualisierte Handlungen, die eine Schädigung der anderen Person(en) durch das eigene Verhalten wissentlich und bewusst zulassen. Sexuelle Übergriffe werden zur Durchsetzung/Befriedigung von eigenen Machtinteressen und/oder eigenen sexuellen Interessen durchgeführt. Sexuelle Übergriffe sind aggressive, ausbeuterische und/oder verletzende sexuelle Handlungen gegen den Willen und ohne informierte Zustimmung Betroffener. Es sind häufig sich wiederholende, strategisch geplante Handlungen, die unter Umständen trotz Ermahnung und/oder eingeforderter Verhaltenskorrektur fortgesetzt werden. Hierunter fallen unter anderem Fälle wie einer anderen Person bewusst an die Genitalien (auch Busen) zu fassen oder sich durch diese Person an die eigenen Genitalien fassen zu lassen, zu sexuellen Handlungen wie Oralverkehr, Analverkehr bzw. genitalem Geschlechtsverkehr zu überreden bzw. diese Handlungen durch Bestechungen, Bedrohungen oder Erpressungen zu erzwingen sowie das Anfertigen und Verbreiten von intimen Bildern (Pornografie, ggf. Anfertigung von Missbrauchsbildern) [9].

Letztendlich geht es nicht darum, einen verbindlichen Leitbegriff zu finden, sondern sowohl im wissenschaftlichen Diskurs als auch in praktischen Arbeitsfeldern mit einer angemessenen sprachlichen Sorgfalt zu agieren. Dies dient vor allem dem Zweck, Kinder und Jugendliche nicht zu stigmatisieren, indem sie auf bestimmte Verhaltensweisen reduziert werden [10]. Aus diesem Grund wird in der Fachöffentlichkeit im Allgemeinen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sexualisiert-grenzverletzendem und/oder -übergriffigem Verhalten (und darüber hinaus mit vielen anderen Eigenschaften und Ressourcen) gesprochen. Sie werden nicht auf die sexuellen Grenzverletzungen bzw. Übergriffigkeit reduziert. Auf der anderen Seite sind Formulierungen zu vermeiden, die der Verharmlosung und Leugnung des Problems Vorschub leisten könnten [11].

Im Folgenden werden zur besseren allgemeinen Verständlichkeit die Begriffe »Täter« und »Opfer«, die beide juristische Kategorien darstellen, verwendet. Im fachlichen Diskurs wird sonst auf die Verwendung dieser unter Umständen stigmatisierenden Begriffe zugunsten der Begriffe »Kinder und Jugendliche mit sexuell übergriffigem Verhalten« sowie »Betroffene von sexualisierter Gewalt« verzichtet.

### Sexuell übergriffiges Verhalten ist nichts Festgeschriebenes

Die Abgrenzung zwischen altersentsprechendem und sexuell übergriffigem Verhalten in Kindheit und Jugend bedarf einer mehrdimensionalen Beurteilung. Dabei geht es um die Betrachtung folgender Faktoren [10]:

- ➢ Machtgefälle
- ➢ Freiwilligkeit
- ➢ Handlungsmotive/-intention
- ➢ Entwicklungsstand
- ➢ Frequenz der Verhaltensweisen
- ➢ Reaktion auf korrektive Interventionen
- ➢ (potenzieller) Schaden für die Beteiligten
- ➢ alters- und kulturspezifische Normen
- ➢ Art der sexuellen Handlungen

Die meisten Sexualdelikte werden auf dem Hintergrund des Missbrauchs von Macht begangen. Dabei wird die körperliche, psychische oder/und kognitive Überlegenheit ausgenutzt, um sexuelle oder/und emotionale Bedürfnisse zu befriedigen. Die Beachtung der Rolle des Machtaspekts in der Missbrauchshandlung führt dazu, dass heute im Allgemeinen von sexualisierter Gewalt gesprochen wird. Gewalt wird in diesem Sinne als Missbrauch von Macht verstanden [12].

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2003 in ihrem Weltbericht zu Gewalt und Gesundheit eine allgemeingütige Definition zum Gewaltbegriff erstellt. Demnach sei Gewalt der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder andere Person oder gegen eine Gruppe bzw. Gemeinschaft, der bzw. die entweder konkret oder zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Folgeerscheinungen, Fehlentwicklungen oder Deprivation führe [13].

Um das komplexe Gewaltmodell besser zu erkennen, müssen die Faktoren, die Gewalt befördern können, verstanden werden. Gewalttätige Jungen sind keinesfalls nur das Ergebnis von einmaligen negativen Ereignissen, sondern vielmehr Betroffene einer Anhäufung negativer Einflüsse auf ihre Persönlichkeit [13, 14]. Dabei werden Lebenskonstellationen genau dann als kritisch erlebt, wenn das psychosoziale Gleichgewicht – in den aufeinander bezogenen Komponenten von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit – gestört ist und dabei die bislang verfügbaren personellen und sozialen Ressourcen der Bewältigung nicht mehr ausreichen [15]. Drägestein stellt fest, dass die Ausübung von Gewalt eine stabilisierende Funktion für den Gewalttätigen habe. Gewalt sei demnach eine sozial erlernte Verhaltensweise, die für den gewalttätigen Jungen in der unmittelbaren Situation einen »Sinn« ergebe [13]. Dieses Grundverständnis – auf die Arbeit mit sexuell übergriffigen Jugendlichen übertragen – impliziert, dass sexuell übergriffiges Verhalten in der Regel nichts Festgeschriebenes, Fortdauerndes sei, sondern eine sozial erlernte Verhaltensweise ist.

## Ausmaß des Phänomens sexualisierter Gewalt

Das gesamte Ausmaß des Phänomens sexualisierter Gewalt ist nicht zu beziffern und das entstandene Leid nicht zu quantifizieren. Offizielle Statistiken wie die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) berichten jährlich von etwa 14.000 Kindern in Deutschland, die von sexuellem Missbrauch betroffen sind. Ein Viertel ist männlich und drei Viertel der Betroffenen sind weiblich. Allerdings bilden solche Statistiken nur einen Teil des Phänomens ab und unterschätzen das Gesamtausmaß stark, da sie nur die angezeigten Fälle (das sogenannte »Hellfeld«) erfassen. Nationale und internationale Dunkelfeldstudien (Befragungen, die versuchen, die stattgefundenen, aber nicht angezeigten Delikte ebenfalls zu erfassen) berichten, dass bis zu 15–30% aller Mädchen und 5–15% der Jungen in ihrer Kindheit und Jugend Opfer von sexuellem Missbrauch werden. Sexueller Missbrauch kommt in allen Gesellschaftsschichten vor und betrifft somit die gesamte Bevölkerung [3]. Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass 20–25% der Vergewaltigungen und 30–40% des sexuellen Missbrauchs durch Kinder und insbesondere durch Jugendliche und Heranwachsende begangen worden sind [16, 17]. Der überwiegen-

de Anteil wird durch männliche Kinder, Jugendliche und Heranwachsende begangen, detaillierte Angaben zum Anteil weiblicher Kinder, Jugendlicher und Heranwachsender liegen derzeit in Deutschland nicht gesichert vor. Die Deliktformen durch Kinder und Jugendliche unterscheiden sich nicht von den Taten, die Erwachsene ausüben. Es geht um sexuelle Übergriffe, um Kindesmissbrauch, um Vergewaltigung. Sie zwingen ihre Opfer durch Gewalt, Drohung, Erpressung, Manipulation und Bestechung zu sexuellen Handlungen und verletzen verschiedene Voraussetzungen für gleichberechtigte Beziehungen zweier sexuell miteinander interagierender Menschen wie den Aspekt der Gleichheit, die Fähigkeit zur Zustimmung und die Abwesenheit von Zwang [18].

## Ursachenforschung für die Entstehung von sexuell übergriffigem Verhalten

Sexuelle Übergriffigkeit durch Minderjährige ist mehrdimensional zu beurteilen, nicht allein auf der Verhaltensebene zu klassifizieren, sondern abhängig vom subjektiven Erleben und abhängig von kulturspezifischen Normen. Die Ursachen für Sexualstraftaten lassen sich nicht monokausal-deterministisch und nicht im Kontext eines einzigen theoretischen Erklärungsansatzes in zufriedenstellender Weise erklären [19]. Moderne Theorien müssen biologische, psychologische und soziale Faktoren berücksichtigen sowie mögliche Schutzfaktoren mit einbeziehen [20]. Die Entstehung sexuell aggressiven Verhaltens bei Jugendlichen muss als Folge eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Risikofaktoren angesehen werden.

Zu möglichen Erklärungsansätzen sei zum einen auf Ingrid Wolff-Dietz verwiesen, die aufzeigt, welche möglichen Faktoren (Persönlichkeit, Kompetenz, Eltern, Bindung, Verfügbarkeit, Erziehungsstil, Peer-Beziehungen, Trauma, Sozialökonomischer Status, Medien, Substanzmissbrauch, u. a.) als Einflussfaktoren bei der sexuellen Delinquenzentwicklung im Jugendalter angenommen werden [21].

Peter Mosser gibt eine Übersicht über verschiedene lerntheoretische Ansätze: Ausgehend von der Beobachtung, dass ein hoher Anteil an sexuell auffälligen Kindern selbst Opfer sexueller Viktimisierung geworden ist, haben ihm zufolge ätiologische Theorien schon früh auf Hypothesen der sozialen Lerntheorie fokussiert. So wurde in diesem Zusammenhang der Begriff der »sexuellen Lerntheorie« entwickelt, der an den Terminus der »traumatischen Sexualisierung« von Finkelhor & Browne [22] erinnert. Die traumatische Sexualisierung kann sich unter anderem in der positiven und negativen Verstärkung sexualisierten Verhaltens aufseiten der Opfer sexueller Gewalt zeigen (etwa dadurch, dass die Opfer durch dieses Verhalten Aufmerksamkeit vom Täter bekommen oder aber, dass er aufgrund dieses Verhaltens von Bestrafungen Abstand nimmt).

Dirk Bange fasst Erklärungsansätze für den Missbrauchskreislauf zusammen. Dabei greift er auf die Lerntheorie zurück. Er verweist zunächst auch auf die Theorie des sozialen Lernens, bei der das Täterverhalten als erlernt betrachtet wird. Demnach wird sexueller Missbrauch als etwas »Normales« und als ein »legitimes Mittel zum Erreichen von Zielen« erlernt. Vom späteren Opfer wird eine ähnliche Perspektive erwartet. Eine weitere Theorie ist das Lernen am Modell. Demnach schauen sich die Jungen das Verhalten von Menschen, die ihnen etwas bedeuten oder die sie als mächtig erleben, ab.

Bange macht auch auf die psychoanalytische Theorie aufmerksam. Hier ist die »Identifikation mit dem Aggressor« der zentrale Mechanismus der Opfer-Täter-Transition (Übergang). Ebenso führt Bange den Erklärungsansatz einer »zwanghaften Wiederholung« auf. Er geht davon aus, dass durch die Wiederholung die Opfer selbst zu mächtigen, kontrollierenden Tätern werden und sie so ein Gefühl von Kontrolle erreichen und körperliche Spannungen abbauen [20].

Jungen, die zu Gewalttätern werden, haben nur sehr unzureichend gelernt, ihre Emotionen zu kontrollieren und nicht gewalttätige Formen der Problemlösung einzusetzen. Ihr Selbstkonzept ist zudem durch ein deutlich negativ gefärbtes emotionales Selbstbild geprägt, verbunden mit einem geringen persönlichen Selbstvertrauen (soziale Kompetenz/Selbstreflexion). Einhergehend mit der geringen Selbsteinschätzung ist das Mit-sich-selbst-in-Kontakt-Sein instabil ausgebildet, was in der Regel auch Auswirkungen auf das emphatische Vermögen einschließt [13].

Viele junge Sexualstraftäter sind isoliert, haben kaum Freunde und Kontakte zu prosozialen Peergroups. Insgesamt weisen sie vielfach ein niedriges Selbstwertgefühl und eine Angst vor Intimität auf [16, 23–25].

Sexuell übergriffiges Verhalten kann auf der Basis dieser Theorien ganz allgemein als dysfunktionale Reaktion auf unterschiedliche Formen von Bindungsproblemen bezeichnet werden.

## Opfererfahrung = Täterwerden?

Immer noch viel zu häufig stößt man in der (fach-)öffentlichen Diskussion auf die Meinung, dass sexuell misshandelte Jungen später unweigerlich selbst zu Tätern werden. Dies signalisiert den betroffenen Jungen und jungen Männern indirekt, dass sie im Hilfesystem nur willkommen sind, wenn sie durch aggressives und sexuell aggressives Verhalten auffallen. Sich um verletzte Jungen zu kümmern, nur weil sie verletzt worden sind, hat eben einfach keine Tradition [26].

Aranke Spehr et al. [27] führen deutsche und internationale Untersuchungen an, bei denen etwa ein Fünftel bis zur Hälfte der minderjährigen Sexualstraftäter selber sexuelle Missbrauchserlebnisse aufweisen [24, 28].

Bange verweist jedoch darauf, dass umgekehrt nur eine Minderheit der sexuell missbrauchten Jungen Sexualstraftäter werden. Die Bedeutung von selbst erlittenem sexuellem Missbrauch als Ursache sexueller Aggression von Kindern und Jugendlichen werde gegenüber weiteren Risiko- und Belastungsfaktoren häufig zu einseitig hervorgehoben [20].

Eine sexuelle Viktimisierung im Kindesalter ist nicht als kausaler Wirkfaktor für spätere Sexualdelinquenz isolierbar. Vielmehr gibt es Hinweise darauf, dass die eigene sexuelle Missbrauchserfahrung (nur) unter bestimmten Bedingungen das Risiko erhöht, im Verlauf der eigenen Biografie selbst sexualisierte Gewalt auszuüben. Bei Kindern mit sexuellen Auffälligkeiten finden sich in der Vorgeschichte häufig multiple/mehrfache Viktimisierungserfahrungen, die neben sexuellem Missbrauch auch häusliche Gewalt, körperliche Gewalt und Vernachlässigung umfassen können [11, 29–31].

Unter Umständen war das sexualisiert-gewalttätige Verhalten eine nicht zu akzeptierende und deshalb klar und deutlich abzulehnende Strategie im Sinne von »einer letzten Idee«, um das subjektiv als unerträglich empfundene Selbsterleben eines »Loosers« und manchmal auch Mobbingopfers zu verlassen, womöglich in einigen Fällen auch als die vermeintlich letzte (verwerfliche) Idee vor einem möglichen Suizid.

Wenn diese Kinder und Jugendlichen, die längerfristig unter sehr belastenden Lebensbedingungen sozialisiert werden, keine Unterstützung erhalten oder eingeleitete Behandlungsmaßnahmen abbrechen, dann besteht ein erhöhtes Risiko, dass problematische sexualisierte Verhaltensweisen überdauern. Es würde diesen Jungen und jungen Männern nicht gerecht werden, wenn sich prognostische Überlegungen ausschließlich auf die Frage einer künftigen Sexualdelinquenz konzentrieren würden. Vielmehr erscheint es notwendig, ihre gesamte psychopathologische Belastung als Ausgangspunkt für korrigierende Interventionen heranzuziehen.

Diesen Jungen eher und konsequenter Hilfe anzubieten, muss eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein.

### Haltung in der (praktischen) Arbeit

In der Arbeit mit Jungen und jungen Männern mit sexuell übergriffigem Verhalten gilt es, jeden einzelnen Jungen in seiner Vielfältigkeit zu sehen. Denn er ist nicht nur Täter (und ggf. Opfer), sondern unter anderem auch sich ablösender Sohn, Suchender und Experimentierender in sexuellen Kontakten, Pubertierender mit einem sich verändernden Körper, Gestaltender bezüglich seiner geschlechtlichen Identität, Schüler, Teil einer jugendlichen Clique usw. In der Arbeit mit Jungen und jungen Männern mit sexuell übergriffigem Verhalten nimmt das Thema einer gelingenden Sexualität einen wichtigen Raum ein, denn Sexualität im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen sollte nicht defizitär behandelt und erlebt werden. Diese Herangehensweise bedeutet nicht, die sexuellen Delikte zu bagatellisieren, sondern sie verdeutlicht, dass die Haltung in der Arbeit mit diesen Jungen und jungen Männern grundsätzlich ressourcenorientiert bleibt. Methoden der Entwertung und Bloßstellung werden dabei abgelehnt. Ein zentraler Haltungssatz lautet: »Ich achte dich als Mensch, aber deine begangene(n) Tat(en) lehne ich ab.«

Den jungen Menschen wird für ihre eigene Lebensgeschichte Verständnis und Empathie entgegengebracht, ohne dabei die ebenso notwendigen Konfrontationen mit den Taten und den Folgen der Taten für die Betroffenen aus dem Blick zu verlieren. Gefördert wird eine auf die gesamte Persönlichkeit abzielende Entwicklung, um zu einer nachhaltigen Beendigung des devianten Verhaltens zu kommen. Um diese Haltung im Alltag mit diesen Jungen und jungen Männern leben zu können, bedarf es eines hohen Maßes an Selbstreflexion und einer kritischen Auseinandersetzung der in diesem Tätigkeitsfeld Wirkenden und einer gelungenen Integration der eigenen Geschichte. Im Setting des therapeutischen und pädagogischen Milieus gilt es darauf zu achten, dass entsprechende Rahmenbedingungen (Supervision, Teamzeiten, strukturelle Vermeidung von Überforderungssituationen) vorgehalten werden. Hierin dokumentiert sich dann auch eine entsprechende Haltung des Trägers einer Einrichtung, welche die notwendige Voraussetzung für die Arbeit mit dieser Klientel ist [2].

## Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

### Handlungsempfehlungen

- Für die Wahl einer Intervention bedarf es immer einer individuellen Entscheidung, die die entsprechende Biografie des Kindes/Jugendlichen sowie die Entstehungsgeschichte der sexualisiert gewalttätigen Handlung(en) einbeziehen muss. Die Arbeit mit Jungen und jungen Männern mit sexualisiert gewalttätigem Verhalten bedarf mehr als der klassischen deliktspezifischen Einzel- und Gruppentherapie. Wesentlich für die Auseinandersetzung mit dieser Arbeit und dieser Klientel ist die Feststellung, dass es keinen »Königsweg« gibt, sondern eine Individualisierung der Arbeit erforderlich ist: weg vom Schema, hin zum einzelnen Prozess.
- Die finanzielle Absicherung und der flächendeckende Ausbau von Therapie- und Beratungsangeboten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit sexuell übergriffigem Verhalten sind als ein zwingend notwendiger Beitrag zur Präventionsarbeit anzuerkennen. Dies bedarf einer politisch gewollten Unterstützung bei der Forderung nach kommunal/regional regelfinanzierten und hinreichend spezialisierten Fachstellen für Prävention, Intervention, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit sowie der Etablierung von (ambulanten) Nachsorgeangeboten und (stationären) Nachsorgeeinrichtungen. Hierbei könnte eine zentrale Leitstelle auf Bundes-

ebene, die einen flächendeckenden Aufbau von geeigneten Beratungsangeboten unterstützt, fördert und wissenschaftlich begleitet, koordinierend wirken.

- Vom Tabu zum neuen Forschungsgegenstand: Es braucht intensivere und vielfältigere Forschung zum sexuell übergriffigen Verhalten von Kindern und Jugendlichen, auch speziell zu »Opfer-Tätern« und deren Behandlungsmöglichkeiten. Gleichzeitig muss die Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen in Deutschland weiter wissenschaftlich untersucht werden. Hochschulen, Ausbildungsstätten im psychosozialen Bereich, der Polizei und in der Justiz sind aufgefordert, diese Themen in Curricula zu implementieren.

## Schlussfolgerungen

Abschließend sollen folgende Thesen und Forderungen für die Arbeit mit diesen jungen Menschen, orientiert an Meyer-Deters [32], formuliert werden:

- Die Arbeit muss für die Jungen und jungen Männer mit sexualisiert grenzverletzendem Verhalten selbst geleistet werden und nicht nur, um weitere mögliche Opfer zu schützen. Diese Jungen und jungen Männer haben einen Anspruch auf Hilfe – gegebenenfalls als Betroffene von sexualisierter Gewalt, aber ebenso als Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit sexualisiert grenzverletzendem Verhalten.
- Das Erleben der Folgen eigener Betroffenheit von sexualisierter Gewalt endet nicht durch das Ausüben von sexualisierter Gewalt gegen Andere. Dies muss stets Beachtung in der pädagogischen und therapeutischen Begleitung, Beratung und in der Therapie finden.
- Es ist eine klare Trennung von Person und Tat notwendig.
- Erforderlich ist zudem eine Stärkung der den Jungen zur Verfügung stehenden personellen und sozialen Bewältigungsressourcen für alltägliche Bewältigungsherausforderungen und Entwicklungsaufgaben und die Schaffung der Möglichkeit, dass sie hierfür einen eigenen Umgangsmodus wählen können [33].
- Unsere Maxime muss sein: Soviel Repression wie nötig, aber so wenig wie möglich.
- Wir müssen uns weg von der isolierten Behandlung des sexuell grenzverletzenden Jungen hin zur systemischen Mehrspurenhilfe orientieren, weg von der eng deliktorientierten Arbeit hin zu ganzheitlichen Ansätzen, welche nach Aaron Antonovsky und Alexa Franke [1] folgende Elemente umfasst:
  a) Verständnis (man muss verstehen, was gerade passiert)
  b) Sinnhaftigkeit (was man tut, muss einen Sinn ergeben)
  c) Bewältigbarkeit (man muss einen Weg sehen, um das zu bekommen, was man will; und dieser Weg sollte künftig sozial angemessen sein im Sinne von Sich und Anderen keinen Schaden zuzufügen)

Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Gesunderhaltung dieser Jungen und jungen Männer geleistet werden.

## Literatur


1 Antonovsky A, Franke A. Salutogenese, zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag; 1997.

2 Bundesarbeitsgemeinschaft »Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sexualisiert grenzverletzendem Verhalten« (BAG KJSGV e. V.) (Hrsg.). Positionspapier der BAG KJSGV – Empfehlung für Standards zur konzeptionellen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sexualisiert grenzverletzendem Verhalten. Dessau-Roßlau, 2014 [zitiert am 28.12.2015]. http://www.bag-kjsgv.de/standards.html.32

3 Osterheider M, Neutze J. MIKADO-Studie. 2015 [zitiert am 1.12.2015]. http://www.mikado-studie.de/index.php/home.htm.

4 Allroggen M, Spröber N, Rau T, Fegert JM. Sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen. Ursachen und Folgen. Eine Expertise der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Universitätsklinikum Ulm; 2011.
5 McMaster L, Connolly J, Pepler D, Craig W. Peer to peer sexual harassment in early adolescence. A developmental perspective. Development Psychopathology. 2002;14:91–105.
6 Krahé B, Scheinberger-Olwig R. Sexuelle Aggression. Göttingen: Hogrefe; 2002.
7 Beier KM. Dissexualität im Lebenslängstschnitt – theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin/Heidelberg/New York: Springer; 1995.
8 Egli-Alge M. Behandlung minderbegabter junger Sexualstraftäter. In: Briken P, Spehr A, Romer G, Berner W (Hrsg.), Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2010.
9 Enders U, Kossatz Y, Kelkel M, Eberhardt B. Zur Differenzierung zwischen Grenzverletzung, Übergriffen und strafrechtlich relevanten Formen der Gewalt im pädagogischen Alltag. 2010 [zitiert am 28.11.2015]. http://www.zartbitter.de/gegen_sexuellen_missbrauch/Fachinformationen/6005_missbrauch_in_der_schule.php.
10 Freund U, Riedel-Breidenstein D. Sexuelle Übergriffe unter Kindern. Handbuch zur Prävention und Intervention. Köln: Mebes & Noack; 2004.
11 Mosser P. Sexuell grenzverletzende Kinder – Praxisansätze und ihre empirischen Grundlagen: Eine Expertise für das IzKK. DJI e. V. München: 2012 [zitiert am 28.12.2015]. http://www.bjr.de/fileadmin/user_upload/Praetect/Material/2012-04_MosserExpertiseUEbergriffe_KinderDJI.pdf.
12 Schweinsberg J. Arbeit an Grenzen – Sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche in den Hilfen zur Erziehung. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz.Zentren (Hrsg.), Die Kinderschutz-Zentren. Nur schwierig oder schon gefährdet? Jugendliche in problematischen Lebenssituationen. Köln: 2014.
13 Drägenstein B. Jungen als Gewalttäter. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013.
14 Koch-Priewe B, Niederbacher A, Textor A, Zimmermann P. Jungen – Sorgenkinder oder Sieger. Ergebnisse einer quantitativen Studie und ihre pädagogischen Implikationen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.
15 Böhnisch L, Schröer W. Soziale Räume im Lebenslauf. sozialraum.de (2) Ausgabe 1/2010 [zitiert am 29.10.2015]. http://www.sozialraum.de/soziale-raeume-im-lebenslauf.php.
16 Deegener G. Sexuell aggressive Kinder und Jugendliche – Häufigkeiten, Ursachen, Diagnostik und Therapie. In: Höfling S, Drewes D, Epple-Waigel I (Hrsg.), Auftrag Prävention. Offensive gegen sexuellen Kindesmissbrauch. München: Hans Seidl Stiftung; 1999.
17 Klees, E. Abschlussbericht Runder Tisch sexueller Kindesmissbrauch. Anlage 7 Zusammenfassung der Empfehlungen der Unterarbeitsgruppe »Sekundär- und Tertiärprävention Täterarbeit«.http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Abschlussbericht-Runder-Tisch-sexueller-kindesmissbrauch,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf.
18 Lane S. The sexual abuse cycle. In: Ryan G, Leversee TF, Lane S (Hrsg.), Juvenile sexual offending: Causes, Consequences and Correction. Lexington MA: Lexington Books; 1991:103–141.
19 Urban D, Lindhorst H. Erhöht ein Opfer-Täter-Zyklus das Risiko, Sexualstraftaten als pädosexuelle Straftaten zu begehen? Ergebnisse einer ereignisanalytischen Pilotstudie. Schriftenreihe des Instituts für Sozialwissenschaften der Universität Stuttgart: IfS; 2004.
20 Bange D. Vom Opfer zum Täter – Mythos oder Realität? In: Briken P, Spehr A, Romer G, Berner W (Hrsg.), Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2010.
21 Wolff-Dietz I. Jugendliche Sexualstraftäter. München: Pabst Science Publishers; 2007.
22 Finkelhor D, Browne A. The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. American Journal of Orthopsychiatry. 1985;55:530–541.
23 Hinrichs G, Köhler D, Kraft U. Was unterscheidet junge Sexual- und Gewalttäter. Zeitschrift für Sexualforschung. 2008;21:222–235.
24 Hummel P. Aggressive Sexualdelinquenz im Jugendalter. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2008.
25 Romer G, Berner W. Sexuell aggressive Impulsivität von Kindern. Zeitschrift für Sexualforschung. 1998;11:308–326.
26 Bange D. Vorwort. In: Mosser, P, Lenz HJ (Hrsg.), Sexualisierte Gewalt gegen Jungen: Prävention und Intervention. Ein Handbuch für die Praxis. Wiesbaden: Springer-Verlag; 2014.
27 Spehr A, Driemeyer E, Brieken P. Das Hamburger Modellprojekt für sexuell auffällige Minderjährige: Erste Ergebnisse zu Tatmerkmalen und psychosozialen Risikofaktoren. In: Briken P, Spehr A, Romer G, Berner W (Hrsg.), Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2010.
28 Nowara S, Pierschke R. Abschlussbericht des Forschungsprojekts »Erzieherische Hilfen für jugendli-

che Sexual(straf)täter«. Waltrop: Institut für Rechtspsychologie; 2005.
29 Elkovitch N, Latzman R, Iansen D, Flood MF. Understanding child sexual behaviour problems: A developmental psychopathology framework. Clinical Psychology Review. 2009;29:586–598.
30 Merrick MT, Litrownik AJ, Everson MD, Cox CE. Beyond Sexual Abuse: The Impact of Other Maltreatment Experiences on Sexualized Behaviors. 2008.
31 Kettritz T. Grenzverletzende Kinder und Jugendliche – verletzte Menschen mit verletzten Grenzen?! Traumapädagogische Arbeit mit sexuell übergriffigen Kindern und Jugendlichen. In: Mosser, P, Lenz HJ (Hrsg.), Sexualisierte Gewalt gegen Jungen: Prävention und Intervention. Ein Handbuch für die Praxis. Wiesbaden: Springer-Verlag; 2014.
32 Meyer-Deters W. Workshop »Sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen zwischen Bagatellisierung und Dramatisierung« (10. Dilborner Fachtagung Kinderschutz (un)möglich?). 2006 [zitiert am 28.12.2015]. http://www.dilborn.de/fileadmin/user_upload/dilborn/Fachtagung/Sex._UEbergriffe_unter_Kindern_und_Jugendlichen_Werner_Meyer-Deters.pdf.
33 Kolip P. Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit bei somatischen Kulturen. Opladen: Leske + Buderich; 1997.

# 5.4 Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch: psychologische und neurowissenschaftliche Perspektiven

*Tillmann H. C. Krüger, Henrik Walter, Klaus M. Beier, Jorge Ponseti, Boris Schiffer & Martin Walter*

**Zusammenfassung**

Die öffentliche Debatte über sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen hat in den vergangenen Jahren in Deutschland zu einer Intensivierung von Präventions- und Forschungsaktivitäten mit Blick auf Opfer und (potenzielle) Täter geführt. Von besonderem Interesse für Diagnostik, Prävention, Behandlung und Prognose sind insbesondere Untersuchungen, die ein besseres Verständnis von Störungen sexueller Präferenzen sowie von strafbaren Sexualverhalten ermöglichen. Mit einem besseren Verständnis der Ursachen erwachsen nicht selten auch neue Möglichkeiten der Behandlung sowie der Prognose bei bereits straffällig gewordenen Tätern oder Personen mit besonderem Risikoprofil.

Neue präventive Modellprojekte und die Erforschung von Kindesmissbrauch und Pädophilie sowie der zugrundeliegenden klinischen, neuropsychologischen und neurobiologischen Korrelate, wie sie in Deutschland seit etwa zehn Jahren erfolgen, nehmen weltweit eine Vorreiterrolle ein. Das sich über elf Standorte erschließende Netzwerk »Kein Täter werden« ist ein primär-präventiver Ansatz für behandlungsbereite Männer mit pädophiler Neigung aus dem Dunkelfeld, um Missbrauchstaten zu verhindern. Im Rahmen des vom BMBF geförderten Forschungsverbundes NeMUP widmet sich eine multizentrische Forschungsinitiative den neurobiologischen Ursachen von Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch. Ein zentrales Anliegen ist neben der klinischen Eingrenzung von unterschiedlichen Typen mit besonderer Gefährdung für Übergriffe auf Kinder hierbei die Identifikation von neurobiologischen Markern für die Handlungskontrolle, die auch in der Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs eine wichtige Rolle spielen kann.

Dieser Artikel führt in ein über viele Jahre vernachlässigtes und zugleich sehr problematisches Themengebiet ein und fasst erste Erfahrungen und Erkenntnisse aus zwei Präventions- und Forschungsprojekten aus Deutschland zusammen, aus denen in diesem Bericht erste Handlungsempfehlungen abgeleitet werden sollen.

**Summary: Pedophilia and sexual abuse of children: neuroscientific and psychological perspectives**

The public debate regarding the sexual abuse of children and adolescents has resulted in the past several years in the development and intensification of preventative- and research-related projects that focus not only on victims, but also on potential offenders. Of particular interest for diagnosis, prevention, treatment, and prognosis are assessments that allow a better understanding of sexual preference disorders, as well as offending behavior punishable by law. With a better understanding of how these disorders and behaviors develop come also opportunities to develop better treatments and prognosis, especially for those who have already offended or those who are at high risk of doing so.

New prevention-based projects and the research of sexual offending against children and the related preference of pedophilia, examin-

ing primarily the clinical, neuropsychological, and neurobiological correlates thereof over the last 10 years in Germany, have taken a primarily role worldwide in the development of other projects. The Prevention Project Dunkelfeld, with over 11 clinics in Germany, is a primary example for treating pedophilic men in the »Dark Field« (those who have not offended or not yet judicially known) in order to prevent future offenses. The BMBF-financed multicenter research project NeMUP dedicated itself to examining the neurobiological mechanisms and correlates of pedophilia and sexual offending against children. Besides the identification of pedophilia and offender subtypes, especially in differentiating risk, in NeMUP was also aim at identifying neurobiological markers for behavioral control as it relates to committing offenses.

This article introduces a neglected and simultaneously problematic topic and summarizes the initial experiences and knowledge from two preventative and research projects in Germany, from which the first report for recommendations can be made.

## Einleitung

Sexueller Kindesmissbrauch hat gravierende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit eines Kindes und dessen weitere Entwicklung während Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter. Bildgebende Untersuchungen belegen schwerwiegende Effekte auf Funktion und Struktur des Gehirns [1, 2]. Die Prävalenz für sexuellen Kindesmissbrauch wird weltweit mit etwa 12,7% beziffert, wenn Selbsterhebungsinstrumente verwendet werden [3]. Den vorliegenden Daten zufolge werden Mädchen fast doppelt so häufig Opfer sexueller Gewalt wie Jungen.

Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch sind nicht als Synonyme zu verstehen. Gleichwohl ist das Vorliegen einer pädophilen Präferenz ein bekannter und wesentlicher – wenn auch nicht der wichtigste – Risikofaktor für sexuellen Kindesmissbrauch. Man geht derzeit davon aus, dass etwa 50% aller Missbrauchstaten durch eine pädophile Präferenzstörung begründet sind (Übersicht bei [4]). Von der sexuellen Präferenz unabhängige Gründe für sexuellen Kindesmissbrauch sind vielfältig und können unter anderem in Persönlichkeitsstörungen (z. B. dissozial) und anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Abhängigkeiten), psychosozialen Schwierigkeiten (z. B. psychosoziales Mileu) und Abhängigkeitsstrukturen mit Ausübung von Macht und Unterdrückung begründet sein.

In den vergangenen zehn Jahren sind in Deutschland international beachtete Präventions- und Forschungsverbünde etabliert worden. Im Jahr 2005 startete in Berlin das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD), das heute unter dem Namen »Kein Täter werden« (www.kein-taeter-werden.de) bekannt ist. Es wurde als Präventions- und Forschungsprojekt zur Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch initiiert und umfasst nunmehr elf Standorte im bundesweiten Präventionsnetzwerk »Kein Täter werden«. Im Jahr 2012 wurde zudem das neurobiologisch orientierte und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Forschungsnetzwerk »NeMUP« (Neuronal Mechanisms Underlying Pedophilia and Child Sexual Abuse) gegründet, welches die klinischen, neuropsychologischen und neurobiologischen/genetischen Mechanismen von Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch an etwa 300 Männern untersucht.

Die öffentliche Debatte über sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen hat in den vergangenen Jahren dafür gesorgt, dass eine Intensivierung von Präventionsangeboten und Forschungsbemühungen durch finanzielle Förderungen möglich wurde. Darüber hinaus sind aufgrund der gesetzgeberischen Bedingungen in Deutschland derartige Präventions- und Forschungsprojekte in Deutschland überhaupt möglich, da

Behandler und Untersucher der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und Betroffene dadurch erreichbar und auskunftsbereit sind.

Die Bemühungen in Prävention und Forschung in Deutschland werden weltweit mit großer Aufmerksamkeit zur Kenntnis genommen. Es existieren derzeit keine vergleichbar großen Präventions- und Forschungsprojekte. Das weiterhin dürftige Verständnis der Ätiologie der Pädophilie, aber auch der verschiedenen anderen Ursachen, die zu sexuellem Kindesmissbrauch führen können, unterstreicht die Wichtigkeit der hier vorgestellten klinischen und wissenschaftlichen Anstrengungen und Befunde. Insofern sollen die folgenden Darstellungen in das Thema einführen, für Aufklärung in einem brisanten und zugleich sozial- und neurowissenschaftlich vernachlässigten Bereich sorgen und Handlungsempfehlungen ableiten. Da eine pädophile Neigung nach aktuellem klinischem und wissenschaftlichem Wissen nahezu ausschließlich Männer betrifft und sexueller Kindesmissbrauch mehrheitlich von Männern verübt wird, werden wir uns im Folgenden überwiegend auf das männliche Geschlecht beziehen. Das impliziert nicht, dass durch Frauen verübte Misshandlung (Gewalt/Vernachlässigung) und durch Frauen verübter Missbrauch (sexuelle Handlungen) an Kindern nicht einen ebenso gravierenden Schaden verursachen.

## Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch: Was ist bekannt?

### Was ist Pädophilie?

In den beiden großen Klassifikationssystemen wird die Pädophilie zu den *Störungen der Sexualpräferenz* (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V: F65.4 [5]) bzw. den *paraphilen Störungen* (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-5 [6]) aufgeführt. In der etwas ausführlicher gestalteten Beschreibung des DSM-5 werden drei Kriterien definiert. Unter Kriterium A werden wiederkehrende intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen beschrieben, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind/Kindern beinhalten und über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten auftreten. Wenn die betroffene Person die sexuell dranghaften Bedürfnisse ausgelebt oder die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Fantasien deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursacht haben, ist auch das Kriterium B erfüllt, welches für die Diagnose einer *pädophilen Störung* benötigt wird. Im Vergleich zum DSM IV [7] ist mit Kriterium B erstmals eine Unterscheidung zwischen einer *Pädophilie* und einer *pädophilen Störung* klargestellt worden. Folglich: Wenn die Neigung nicht ausgelebt wird und auch kein Leidensdruck besteht, liegt zwar weiterhin eine Pädophilie vor, aber keine Störung oder Krankheit. Kriterium C fordert, dass die Person mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind/die Kinder nach Kriterium A sein muss. Unter den weiteren Spezifikatoren wird auf den exklusiven und den nicht-exklusiven Typus hingewiesen, wobei Ersterer eine ausschließliche sexuelle Orientierung auf Kinder bedeutet. Des Weiteren ist die sexuelle Orientierung im Sinne einer homo-, hetero- oder bisexuellen Ausrichtung bestimmbar.

Zusammengefasst lassen sich die Merkmale der sexuellen Präferenzstruktur allgemein und bei der Pädophilie im Besonderen auf *drei Achsen* beschreiben:

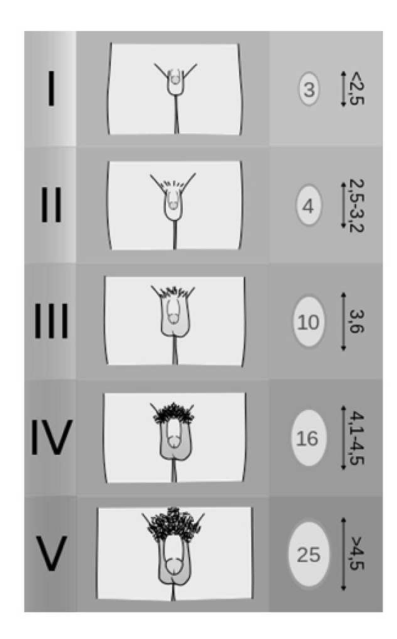
1. Geschlecht des präferierten Partners
2. Körperliches Entwicklungsalter des präferierten Partners
3. Art und Weise der Interaktionen/Praktiken mit dem präferierten Partner

Darüber hinaus lässt sich die sexuelle Präferenzstruktur auf *drei Ebenen* explorieren: auf Ebene 1.) sexueller Fantasien, 2.) sexuellen Verhaltens und 3.) des Selbstkonzepts.

Die höchste Aussagekraft geht von der Exploration von sexuellen Fantasien aus und hier insbesondere von masturbatorischen Begleitfantasien, sofern sie bei kooperationsbereiten und wahrheitsgemäß Auskunft gebenden Personen erhoben werden. Hinsichtlich der Verhaltensebene ist von einer geringeren und hinsichtlich der Selbstkonzeptebene von der geringsten Aussagekraft für die Bestimmung der sexuellen Präferenzen auszugehen [8]. Als zugehörige Merkmale zur Diagnosesicherung gilt darüber hinaus der Konsum von Missbrauchsabbildungen von Kindern (sog. »Kinderpornografie«). Gewöhnlich bevorzugen Personen diejenige Art von Pornografie, die dem sexuellen Interesse entspricht, und konsumieren diese entsprechend [8].

Zu Entwicklung und Verlauf der sexuellen Präferenz ist hervorzuheben, dass sich das sexuelle Interesse eines Menschen üblicherweise zum Zeitpunkt der Pubertät manifestiert bzw. der entsprechenden Person bewusst wird [9, 10]. Es finden sich keine Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Störung der sexuellen Präferenz oder unterschiedlicher sexueller Orientierung. Dennoch ist es problematisch, bereits zum Zeitpunkt der Pubertät eine pädophile Störung zu diagnostizieren, da sich die betroffene Person zum Teil ja noch selbst im präferierten/jugendlichen Alter befindet und insofern das sexuelle Interesse zu diesem Zeitpunkt gegenüber Gleichaltrigen (Peergroup) als normal einzuordnen ist (siehe auch Kriterium C des DSM-5 [6]). Sowohl die sexuelle Orientierung als auch die Präferenz für das Körperschema – und damit auch die Pädophilie – scheinen allem bisherigen Wissen nach bezogen auf die Lebensdauer weitgehend stabil zu bleiben. Nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand existieren keine gesicherten Befunde darüber, dass eine ausschließliche Präferenz für das kindliche Körperschema oder aber die sexuelle Orientierung auf ein bestimmtes Geschlecht im weiteren Lebensverlauf grundlegend umgewandelt werden können. Entsprechende Versuche über beispielsweise Konditionierungsprozesse zur Umwandlung einer homosexuellen Orientierung in den 50er und 60er Jahren sind gescheitert und haben vermutlich einen nicht unerheblichen Schaden bei den von den Behandlungen Betroffenen verursacht. Auch eine Paraphilie in Form einer fetischistischen Neigung hat üblicherweise eine recht hohe Löschungsresistenz [9, 10].

In einer kürzlich publizierten Arbeit von Karolina Müller et al. [11] zur Stabilität bzw. Veränderbarkeit der sexuellen Präferenz von pädophilen Männern mithilfe von Umfangsmessungen des Penis (Phallometrie) bei 43 Studienteilnehmern kamen die Verfasser der Arbeit zu der Schlussfolgerung, dass es über einen durchschnittlichen Zeitraum von 50 Monaten (etwa 4 Jahre) durchaus zu Veränderungen in den phallometrischen Maßen komme. Aufgrund methodischer Schwächen ist diese Arbeit von unterschiedlichen Experten [12–14] jedoch erheblich kritisiert worden. Es wird diskutiert, dass die gefundenen Effekte möglicherweise Messfehler des als eher schwach bewerteten Studiendesigns oder im Sinne einer Regression zur Mitte zu deuten sind [15]. Daten des Berliner Standortes zum Präventionsnetzwerk »Kein Täter werden« deuten darauf hin, dass über einen Zeitraum von 1–2 Jahren keine signifikanten Änderungen sexueller Präferenzen festzustellen sind [16]. Es existieren aber eine Reihe von Faktoren, die mit oder ohne Therapie im Verlauf der Zeit veränderbar sind, die sowohl das subjektive Leiden (Schuld- und Schamgefühle, exzessives Sexualverhalten/Masturbation), psychosoziale Beeinträchtigungen (soziale Isolierung, soziale Ächtung) und insbesondere die Verhaltensebene (Neigung zu sexuellen *Handlungen* mit Kindern) betreffen. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die Entwicklung einer *pädophilen Störung* im Verlauf des Lebens Schwankungen unterliegt und die Ausprägung zu- oder abnehmen kann. Die dahinter stehende pädophile Präferenz scheint bisher nicht oder nicht sicher veränderbar. Bei einer nicht unerheblichen Zahl der betroffenen Personen



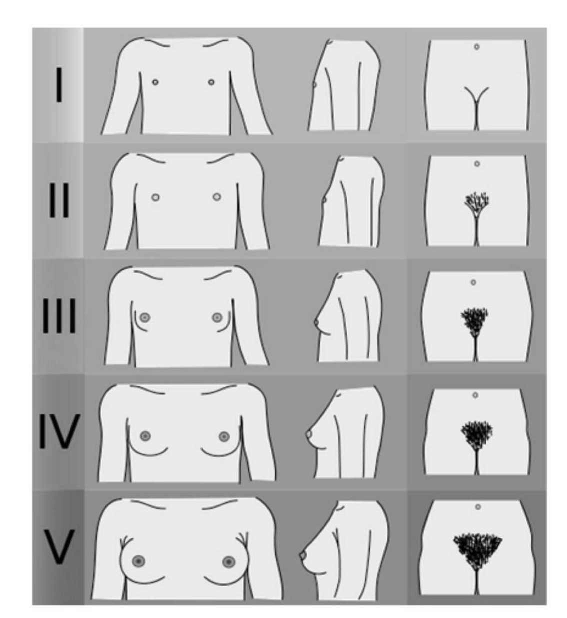




*Abb. 1: Tanner-Stadien. Für die Diagnostik der sexuellen Präferenz ist die Verwendung der sogenannten Tanner-Stadien hilfreich, die die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale in fünf Stadien beschreibt (James Tanner, britischer Pädiater). Die Stadien reichen von 1 = kindliches Entwicklungsstadium bis 5 = erwachsenes Entwicklungsstadium. Bei der Pädophilie begrenzt sich das sexuelle Interesse auf das Tannerstadium 1, bei der Hebephilie auf die Stadien 2 und 3 und bei der Teleiophilie üblicherweise auf die Stadien 4 und 5 [17]*

findet sich jedoch ein nicht-exklusiver Typus, sodass auch sexuelle Präferenzen für ein erwachsenes Körperschema vorliegen. In der therapeutischen Arbeit kann dies ermöglichen, die Beziehungsaufnahme und gegebenenfalls Initiierung von sexueller Aktivität zu erwachsenen Personen zu unterstützen bzw. Problemfelder zu bearbeiten.

Bei detaillierter Erfassung der Präferenz des Körperschemas wird deutlich, dass in einer Vielzahl der Fälle Überlappungen zwischen beispielsweise einem vorpubertären und einem frühpubertären bzw. einem erwachsenen Körperschema vorliegen (siehe Abbildung 1).

Die sexuelle Präferenz für das erwachsene und voll ausgebildete Körperschema wird als Teleiophilie (griech. »telos« = vollkommen/erwachsen) bezeichnet [18]. Bei einigen Männern findet sich eine nahezu ausschließliche Ansprechbarkeit für das vorpubertäre Körperschema, dies wird nach Kraft-Ebing [19] als Pädophilie bezeichnet (griech. »pais« = das Kind). Das frühpubertäre Körperschema wird nach Glueck [20] mit dem Begriff Hebephilie bezeichnet (nach der griechischen Göttin der Jugend »Hebe«).

Außerordentlich schwierig ist die Frage, wie häufig Paraphilien überhaupt und hierbei insbesondere pädophile Neigungen unter Männern vorzufinden sind. Verlässliche Angaben zur Pädophilie bei Frauen existieren keine. Auf Grund der üblicherweise sozialen Ächtung bei Bekanntwerden einer pädophilen Neigung, wird diese dementsprechend von Betroffenen nicht ohne Weiteres kundgetan. Insgesamt lässt sich extrapolieren, dass möglicherweise etwa 1% der erwachsenen Männer eine pädophile Präferenz vorweisen, die die

Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme erfüllen würde [21–24]. Auch die Frage der sexuellen Orientierung (Homo-, Hetero- oder Bisexualität) ist unter pädophilen Männern wenig untersucht. Eine Studie von Hall & Hall [25] gibt Prävalenzraten für Homosexualität von 9–40% bei Männern mit Pädophilie an. In unserer eigenen Untersuchung [NeMUP-Studie, Gerwinn et al., eingereicht] hatten 62% der pädophilen Männer eine heterosexuelle Orientierung und 38% der Männer eine homosexuelle Orientierung.

Die NeMUP-Studie und die klinischen Erfahrungen aus dem Präventionsprojekt im Dunkelfeld zeigen, dass Männer mit pädophiler Neigung meist ein hohes Maß an Leidensdruck, sozialer Isolierung und psychiatrischen Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) aufweisen. Gemäß ersterer Erhebung leiden pädophile Männer häufiger an komorbiden affektiven Störungen (Depression und Angst, Lebenszeitprävalenz bis zu 40% vs. 13% in Kontrollen bzw. 25% vs. 11%), komorbiden Persönlichkeitsstörungen (40% vs. 5%) sowie weiteren Paraphilien (25–30% vs. 9%) und sexuellen Dysfunktionen (ca. 38–44% vs. 15%). Gerade für Männer mit ausschließlicher Pädophilie gilt es in der Therapie zu lernen, sexuelle Neigungen niemals auszuleben. Es ist gut vorstellbar, dass dies für die meisten Betroffenen lebenslang eine große Herausforderung bleibt und mit entsprechenden Problemen in der Bewältigung dieses Schicksals einhergeht. Nur wenige dieser Männer werden sagen können, dass Ihnen dies nichts ausmacht und auf Sexualität völlig problemlos verzichten können.

Befragungen unter Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs zeigen, dass etwa 14–24% der männlichen Opfer und 6–14% der weiblichen Opfer sexuellen Missbrauchs von Frauen ausgesetzt waren. Gleichwohl gibt es bisher keine sicheren Belege dafür, dass unter Frauen eine Pädophilie in diesen Fällen vorliegt. Eigene Beobachtungen aus dem Präventionsnetzwerk im Dunkelfeld legen dar, dass es sich allenfalls um Einzelfälle handeln kann, bei denen eine sichere Pädophilie bei Frauen zu diagnostizieren ist. Diese Tatsache ist für das Verständnis der Ätiologie der Pädophilie von großer Bedeutung und könnte insbesondere die Rolle von geschlechts-chromosomalen und androgenen Faktoren im Zusammenhang mit pränataler Hirnreifung und deren Modulation während der Pubertät – den Zeitfenstern maximaler Neuroplastizität – in den Vordergrund stellen [26, 27].

## Sexueller Kindesmissbrauch: Epidemiologie und Risikofaktoren

Die Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs ist sehr hoch. Die polizeiliche Kriminalstatistik 2015 belegt für die Jahre 2009 bis 2012 kontinuierlich ansteigende Zahlen von Fällen des sexuellen Missbrauchs von Kindern gemäß § 176, § 176a/b des StGB, welche zwischen 2013 und 2015 leicht rückläufig waren und zuletzt bei 11.808 Fällen lagen (-2,7% zum Vorberichtszeitraum). Insgesamt muss jedoch von einem erheblichen Dunkelfeld ausgegangen werden: Die Prävalenzen könnten um den Faktor 5–10 größer sein, ohne dass hierfür sichere Angaben erhoben werden könnten. Dementsprechend hoch sind die in epidemiologischen Untersuchungen erhobenen Prävalenzen von sexuellem Kindesmissbrauch, die je nach Untersuchungsmethode (Selbstangaben/expertengeführtes Interview) zwischen 6–27% für Mädchen und zwischen 2–8% für Jungen liegen [23, 28].

Einer der wichtigsten Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch bleibt bzw. ist das Vorliegen einer pädophilen Präferenz. Wie bereits erwähnt muss darauf hingewiesen werden, dass Pädophilie nicht automatisch mit sexuellem Kindesmissbrauch gleichzusetzen ist. Pädophil motivierter Kindesmissbrauch ist als *Neigungstat* zu bezeichnen. Demgegenüber stehen sogenannte *Ersatzhandlungen*, die dadurch charakterisiert sind, dass die sexuellen Übergriffe

auf Kinder als Ersatz für eigentlich gewünschte sexuelle Interaktionen mit altersentsprechenden und einverständigen Partnern aufzufassen sind, die jedoch aus unterschiedlichen Gründen von den Tätern nicht realisiert werden [29]. Risiko- und prognostische Faktoren können (jedoch) für beide Gruppen ins Feld geführt werden, wobei sie sicherlich bei der zweiten Gruppe (Ersatzhandlungen) von größerer Bedeutung sind. Insbesondere Persönlichkeitsstörungen können für den Bereich der *Temperamentsfaktoren* von Bedeutung sein. Ein Zusammenhang ist vor allem für die antisoziale Persönlichkeitsstörung belegt. Des Weiteren sind *Umweltfaktoren* ins Feld zu führen. Unter Kindesmissbrauchern mit und ohne Vorliegen einer pädophilen Störung finden sich erhöhte Raten eigener traumatischer Erfahrungen, die sich in Form von emotionaler Vernachlässigung und Missbrauch sowie sexuellem und physischem Missbrauch abbilden können [30, NeMUP-Studie, Gerwinn et al, eingereicht]. An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass die Erhebung des selbsterfahrenen Traumas üblicherweise anhand von Selbstbeurteilungsbögen erfolgt und dass Täter eigene traumatische Erlebnisse im Sinne einer subjektiven Erklärung oder Entschuldigung des eigenen Fehlverhaltens häufiger berichten könnten als nicht-straffällige Vergleichspersonen.

Als weitere *Risikofaktoren* für das Begehen sexuellen Kindesmissbrauchs sind Intelligenzminderungen, soziosexuelle Unerfahrenheit (insbesondere bei jugendlichen Tätern) sowie grenzverletzende familiäre Konstellationen mit allgemein ungünstigen Entwicklungsbedingungen für die Opfer zu diskutieren. Häufig kommen dann Väter, Stiefväter, Brüder oder Halbbrüder als mögliche Täter infrage. Für einen eventuell späteren präventiven oder therapeutischen Prozess ist es insofern nötig, dass das Vorliegen einer Störung der sexuellen Präferenz oder aber das Vorliegen von Verhaltensstörungen bzw. anderen Risikofaktoren zu differenzieren sind oder die entsprechenden Maßnahmen später darauf spezifiziert werden müssen.

In Abbildung 2 sind sexuelle Präferenzstörung (Pädophilie) und sexuelle Verhaltensstörung (Pädosexualität) gegenübergestellt. In der Schnittfläche finden sich pädophil motivierte Taten, die im Hellfeld wie auch im Dunkelfeld zu finden sind. Hier wird wiederum deutlich, dass beide Phänomene nicht gleichzusetzen sind und dass Pädophilie nicht zwangsläufig mit Kindesmissbrauch einhergeht. Man geht davon aus, dass etwa 40–50% aller sexuellen Übergriffe gegenüber Kindern von pädophil motivierten Tätern erfolgen und der verbleibende Prozentsatz durch Ersatzhandlungen nicht-präferenzgestörter Täter zustande kommt [4, 9, 31].

Gleichwohl muss hier die Validität der zur Verfügung stehenden Zahlen diskutiert werden. Diese beruhen im Wesentlichen auf phallometrischen Untersuchungen an Kindesmissbrauchern aus dem Hellfeld. Diese Untersuchungsmethoden haben nicht unbedingt eine hohe Sensitivität (55–61%; Spezifität bei 95–96%) und sind willentlich beeinflussbar. Es ist daher unseres Erachtens nicht auszuschließen, dass ein Teil der Erhebungen durch willentliche Beeinflussung von nicht unbedingt auskunftsbereiten Tätern aus dem Hellfeld beeinflusst worden sein könnte. Unsere persönlichen Erfahrungen im Rahmen von Untersuchungen in Justizvollzugsanstalten in Niedersachsen (Hellfeld) haben den Eindruck vermittelt, dass unter auskunftsbereiten Probanden und bei sehr gründlicher Diagnostik ein erheblicher Anteil (deutlich mehr als die oben skizzierten 40–50%) der dort befindlichen Personen eine zumindest nicht-exklusive Pädophilie aufwies. Aufgrund der allgemeinen Ächtung von Pädophilie ist unter Gefängnisinsassen nicht davon auszugehen, dass Pädophilie simuliert wird. In diesem Kontext sehen wir weiteren Forschungsbedarf, um aktuelle und valide Zahlen zu erhalten.

Als weitere *Risikofaktoren* für das Begehen sexueller Missbrauchstaten sind Alkohol- und Substanzkonsumstörungen zu nennen, wobei insbesondere für Alkoholkonsum enthemmen-

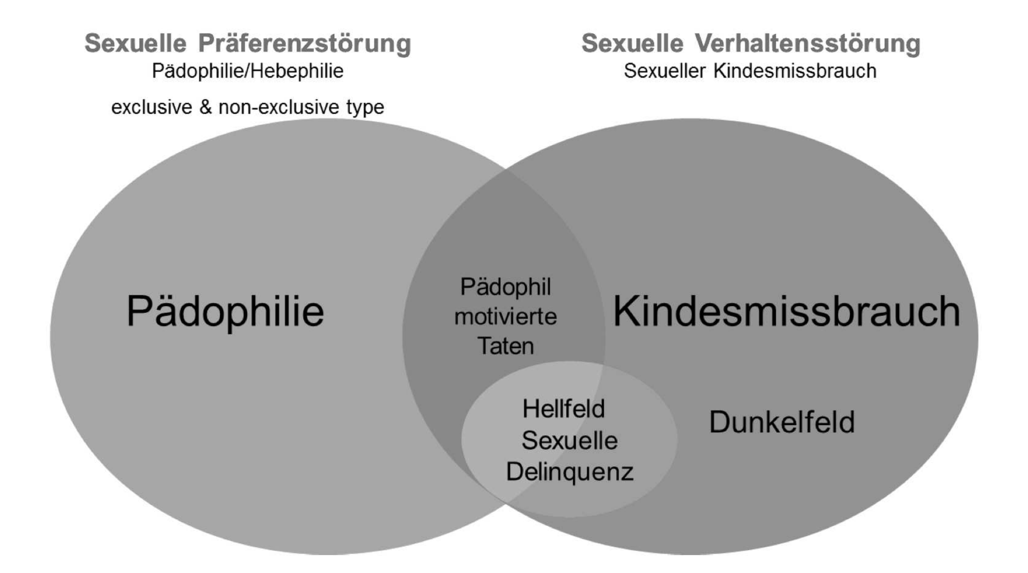



*Abb. 2: Differenzierung von Pädophilie (sexuelle Präferenzstörung) und sexuellem Kindesmissbrauch (sexuelle Verhaltensstörung). Pädophilie ist nicht mit sexuellem Kindesmissbrauch gleichzusetzen. Nur ein Teil der Menschen mit pädophiler Neigung begehen sexuellen Kindesmissbrauch, der im Dunkel- oder Hellfeld (justizbekannt) stattfindet. Auf der anderen Seite kommt es zu sexuellem Kindesmissbrauch, ohne dass eine Pädophile vorliegt (sog. Ersatztaten). Gründe hierfür sind vielfältig und weiter oben diskutiert.*

de Effekte auf Verhalten bekannt sind und im Rahmen eines schweren Alkoholrausches die Wahrscheinlichkeit erhöht sein kann, dass sich eine eigentlich nicht-präferenzgestörte Person einem Kind sexuell annähert. Auch das Alter kann einen Risikofaktor darstellen. Teilnehmer im Präventionsprojekt Dunkelfeld waren im Alter von 17 bis 68 Jahren (Durchschnitt 37,8 Jahre), und die NeMUP Daten deuten darauf in, dass pädophile Täter im Durchschnitt gut 6 Jahre älter waren (40 Jahre) als pädophile Männer ohne bisherige Taten (33,5 Jahre).

Wie weiter oben bereits erwähnt, ist als diagnostischer Marker auch der Konsum und Besitz von sogenannter Kinderpornografie von Bedeutung. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um die Nutzung von Missbrauchsabbildungen, da jeder Produktion derartiger Materialien eine Form sexueller Ausbeutung von Kindern zugrunde liegt. Neben dem Nutzen als diagnostischer Marker existieren zudem Hinweise darauf, dass die Rückfallrate unter verurteilten Sexualstraftätern, die Missbrauchsabbildungen nutzen, im Vergleich zu Tätern, die dies nicht tun, höher ist [32].

## Bisherige neurobiologische Befunde

Hinsichtlich der Ursachenforschung zur Manifestation der sexuellen Präferenzstruktur steht die Wissenschaft noch sehr am Anfang. Seit etwa 10 Jahren finden in Deutschland jedoch wissenschaftlich anspruchsvolle neurobiologische Untersuchungen in zunächst kleineren Patientengruppen statt, welche erstmals auf die neuen Möglichkeiten der Magnetresonanztomografie zurückgreifen konnten. Erste größere Untersuchungen wurden zum Beispiel an Patienten im Maßregelvollzug in Magdeburg, Mannheim und Essen durchgeführt. Es konnten so erstmals sowohl strukturelle als auch funktionelle Veränderungen des Gehirns bei pädophilen Patienten nachgewiesen werden [33, 34].

Kolja Schiltz et al. [35] konnten anhand manueller Vermessung der Hirnstruktur zeigen, dass der Mandelkern (Amygdala) bei Pädophilen nicht nur ein geringeres Volumen aufwies, was sich auch makroskopisch durch die erweiterten Vorderhörner der lateralen Ventrikel darstellte, sondern dass das Ausmaß des reduzierten Amygdalavolumens auch hinweisend für die Art des Missbrauchsverhaltens war. Hierbei zeigten Patienten mit einem homogenen Missbrauchsverhalten die ausgeprägtesten Volumenminderungen.

Eine automatisierte Vermessung des gesamten Gehirnes erbrachte außerdem signifikante Volumenreduktionen in anderen limbischen Kernstrukturen sexuellen Verhaltens und sexueller Orientierung, wie dem Hypothalamus, dem Bed Nucleus der Stria Terminalis und der erweiterten Amygdala [35]. Neben einer Bestätigung der limbischen Substanzminderungen konnten Boris Schiffer et al. [36] in einer weiteren Studie Substanzminderungen im orbitofrontalen sowie insulären Kortex nachweisen, wobei eine Volumenreduktion innerhalb der pädophilen Vergleichsgruppe in einem frontostriatalen Netzwerk umso ausgeprägter war, je stärker die Patienten anhand des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) Auffälligkeiten im Faktor Zwanghaftigkeit zeigten. Schwerer einzuordnen sind volumetrische Defizite einer Arbeitsgruppe aus Kanada [37]. Auch wenn die Befunde für Veränderungen der temporalen und parietalen Hirnrinde als Korrelat eines spezifischen Defizites im Bereich des sogenannten occipitofrontalen Faszikulus gedeutet wurden, zeigten funktionelle Studien keine allgemeine Störung der Wahrnehmung von sexuell relevanten Stimuli.

In einer ersten Untersuchung an einem Studienkollektiv von 13 Pädophilen und 14 gesunden Kontrollprobanden konnte eine verminderte Aktivierung im Hypothalamus bei der Betrachtung von unbekleideten Erwachsenen gezeigt werden [38], wodurch sich in dieser Hirnregion eine Überschneidung von strukturellen und funktionellen Veränderungen bei Pädophilen ergibt. Relevant war neben einem funktionellen Korrelat verminderten sexuellen Interesses an Erwachsenen eine gestörte Aktivität im dorsolateralen Präfrontalkortex, welche in ihrem Ausmaß außerdem mit dem Grad der kognitiven Verzerrung bei den Patienten korrelierte. Diese präfrontale Minderaktivierung in Regionen der bewussten Affektkontrolle konnte ebenfalls von Schiffer et al. [39] im Rahmen eines anderen Studiendesign gefunden werden. Es konnte dort gezeigt werden, dass eine verminderte Aktivierung in Kernregionen sexueller Prozessierung auf die (geringe) Ausprägung der Sexualpräferenz zurückzuführen ist und durch Darbietung störungsrelevanter Reize ins Gegenteil, das heißt in verstärkte Aktivierungen, umgelenkt werden kann. Dies schränkt die Interpretation erster Befunde von struktureller und funktioneller Konvergenz von Defiziten im Sinne einer generellen Minderaktivierung ein und könnte auf eine differenzierte Störung, zum Beispiel im Sinne eines Reifungsdefizites hinweisen [40, 41]. Diese Interpretation kann auch durch eine von Sartorius et al. [42] beschriebene Hyperaktivierung der Amygdala bei Pädophilen bei Darbietung von sexuell präferierten visuellen Reizen von Jungen gestützt werden. Weitere Untersuchungen, ebenfalls aus Deutschland wurden 2012 in einer international intensiv wahrgenommenen Studie von Ponseti et al. [43] vorgestellt und bilden die Brücke zu einer diagnostischen Verwertbarkeit dieser funktionellen Abweichungen.

Es muss jedoch, wie ausführlich in Mohnke et al. [33] dargelegt, einschränkend betont werden, dass bislang nur die Veränderungen in der Amygdala in mehreren Studien repliziert werden konnten. Im Vergleich zu anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen ist die aktuelle Evidenzlage daher noch als gering einzuschätzen und der aktuelle Nutzen bisheriger bildgebender Arbeiten ist vor allem im Sinne eines »proof of principles« anzusehen.

Zwischenzeitlich liegen für strukturelle Veränderungen Daten zu 105 Pädophilen aus

fünf unterschiedlichen Studien vor [35–37, 44, 45]. Funktionelle Veränderungen wurden bei 83 Pädophilen in sieben Studien [38, 39, 42, 43, 46, 47] gefunden. Eine ausführliche Übersicht findet sich in Mohnke et al. [33]. Diese Arbeit enthält auch eine Übersicht zu Fallstudien mit neurologischen Erkrankungen, die mit pädophilen Verhaltensänderungen assoziiert waren.

Die Analyse von neuen Daten des NeMUP Konsortiums erlaubt nun erstmals eine Überprüfung der initialen Befunde in einer statistisch belastbareren Kohorte. Erste Analysen deuten darauf hin, dass sich insbesondere für die Neigung, Missbrauchstaten zu begehen, neurobiologische Auffälligkeiten in für emotionale Verarbeitung und Handlungskontrolle relevanten Hirnarealen finden. Die neurobiologische Lokalisation einer gestörten sexuellen Präferenz erweist sich hingegen als weitaus komplexer und weniger leicht entschlüsselbar.

## Handlungsempfehlungen

Die hier vorgestellten Präventions- und Forschungsprojekte in Deutschland befinden sich gewissermaßen noch in einer recht frühen Phase der Umsetzung und Etablierung. Insofern ist es eine große Herausforderung, zum gegenwärtigen Zeitpunkt bereits Handlungsempfehlungen abzuleiten. Gleichwohl ist dies essenziell, um die zukünftige Versorgungs- und Forschungslandschaft aktiv zu gestalten und zu verbessern.

### *Handlungsempfehlungen für Politik und Entscheidungsträger*

Aktuelle und zukünftige Präventions- und Forschungsprojekte bedürfen einer nachhaltigen Finanzierung. Die derzeitigen finanziellen Förderer sind vielfältig und finden sich unter anderem im Bereich der Sozial- und Justizministerien auf Landes- und zum Teil auf Bundesebene sowie beim Bundesministerium für Bildung und Forschung. Förderperioden sind oftmals auf einen Zeitraum von drei Jahren befristet. Aufgrund der Zahlungsmodalitäten lassen sich oftmals nur Jahresverträge für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesen Projekten realisieren. Neben der fehlenden Planungssicherheit für Personal, bedroht dies die Nachhaltigkeit derartiger Projekte, sodass zukünftig mehr Verlässlichkeit vonnöten sein wird. Auch die Form der finanziellen Unterstützung unterliegt derzeit einer intensiven Diskussion. Das gilt insbesondere für das Präventionsprojekt im Dunkelfeld (»Kein Täter werden«), wo kürzlich die gesetzliche Grundlage geschaffen wurde, dass derartige Projekte unter Erhalt der zur Erreichbarkeit der TeilnehmerInnen essenziellen Anonymität über das öffentliche Gesundheitssystem bzw. die Krankenversicherungen (teil-)finanziert werden. Dieser Punkt führt in den Bereich des Gesundheitswesens über.

### *Handlungsempfehlungen für das Gesundheitswesen*

Das Gesundheitswesen und hier insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit und die (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen sind derzeit damit beschäftigt eine nachhaltige Finanzierung der erfolgreich etablierten Präventionsprojekte umzusetzen. Die tägliche klinische Praxis zeigt, dass Störungen der sexuellen Präferenz und insbesondere der Pädophilie üblicherweise gar nicht oder nur stiefmütterlich versorgt werden (Verweis an andere Stellen). Oftmals wird eine pädophile Präferenzstörung auch nicht als solche benannt, dies teilweise auch zum Schutz vor weiterer Stigmatisierung und Ausgrenzung. Offiziell kann zwar eine Pädophilie kodiert und behandelt werden, praktisch findet sich aber kaum ein Therapeut, der dies tut und sich der Behandlung dieses Störungsbildes gewachsen sieht. Hier sind bundesweite Lösungen gefragt. Die vorgestellten Präventions- und Behandlungsprojekte bedürfen daher einer Integration in die Regelversorgung. Dies wäre

gleichzeitig ein bedeutsamer Beitrag, dieses Störungsbild bzw. die davon Betroffenen und die damit verbundenen Gefahren für die Gesundheit von Kinder und Jugendlichen nicht aus dem gesellschaftlichen Diskurs und aus der Gesellschaft auszugrenzen. Angesichts der bereits genannten besonderen Stigmatisierung von Pädophilen ist die Gewährleistung der Anonymität/Verschwiegenheit für viele hilfesuchenden Männer eine entscheidende Voraussetzung, um präventive Angebote überhaupt in Anspruch zu nehmen.

### *Handlungsempfehlungn für den Bereich der Aufklärung und Bildung (BZgA, Sexualpädagogik an Schulen etc.)*

Anlässlich der überwältigenden Medienpräsenz der Präventions-, Behandlungs- und Forschungsprojekte auf nationaler und internationaler Ebene in den vergangenen Jahren meinen wir, eine Intensivierung des öffentlichen Diskurses zu Pädophilie beobachtet zu haben. Wir hatten den Eindruck, dass es an vielen Stellen der journalistischen Aufarbeitung des Themas und Dank einer professionell geführten Öffentlichkeitsarbeit gelungen ist, dass selbst hochproblematische und brisante Themen (wie hier Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch), die verständlicherweise stark emotionalisieren, zunehmend sachlich und differenziert dargestellt und diskutiert wurden. Wir sind davon überzeugt, dass eine differenzierte Betrachtung und Berichterstattung, die den Belangen sowohl von Opfern als auch von (potenziellen) Tätern gerecht wird, unabdingbar ist. Wir glauben, dass Prävention umso erfolgreicher sein kann, je besser es gelingt, die verschiedenen Ansätze zu vernetzen und zielgruppenspezifische Angebote vorzuhalten.

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Projekte sind oder waren sowohl in der Behandlung von Missbrauchsopfern als auch von potenziellen und tatsächlichen Tätern beteiligt und viele der potenziellen oder tatsächlichen Täter waren in ihrer eigenen Lebensgeschichte selbst Opfer von Vernachlässigung, Gewalt oder sexuellem Missbrauch. Insofern sind wir überzeugt, dass dieser Problemkomplex integrativ und fachübergreifend angegangen werden sollte und sehen hier im Wesentlichen drei Aktionsfelder (3-Säulen-Modell):

1. Kinder stärken
2. Kein Täter werden
3. Opfer optimal behandeln

Jedes Aktionsfeld ist gleichermaßen wichtig, keine therapeutische und/oder präventive Arbeit sollte als besser oder schlechter bewertet werden. Hier sehen wir noch Bedarf für eine intensiv und fair geführte Diskussion zwischen den einzelnen Akteuren und Interessensgruppen. Dass ein Diskurs funktionieren kann, hat in einem ersten und wichtigen Schritt beispielsweise die Fachtagung »Wegsperren – und zwar für immer? Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit mit sexuell auffälligen Menschen« im April 2016 in Berlin gezeigt.

Aber auch andere Einrichtungen, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder Institutionen für Sexualpädagogik sind aufgefordert, sich an der Aufklärung und Entstigmatisierung von sexuellen Präferenzen inklusive pädophiler Neigungen zu beteiligen und Probleme und Gefahren zu antizipieren. Das Ende 2014 in Kooperation von Charité und Vivantes in Berlin ins Leben gerufene Projekt »Du träumst von Ihnen«, das sich an Jugendliche wendet, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, macht deutlich, dass es gelingen kann, auch Jugendliche in der präventiven Arbeit zu adressieren, um sexuellen Kindesmissbrauch zu verhindern.

### *Handlungsempfehlungen für die Forschung*

Eine ganz offensichtliche Handlungsempfehlung für die aktuellen Präventions-, Behandlungs- und Forschungsprojekte ist nachvollziehbarerweise deren Evaluation und insbesondere die Beantwortung der Frage, ob die hier

erwähnten elf Anlaufstellen des »Kein-Täter-Werden«-Netzwerkes dazu beitragen, sexuellen Kindesmissbrauch zu reduzieren. Die Autoren dieses Artikels sind überzeugt, dass jeder einzelne verhinderte Kindesmissbrauch die Mühe der hier skizzierten Arbeit wert ist. Gleichwohl ist allen bewusst, dass eine Beforschung der Wirksamkeit und Effektivität hinsichtlich der Reduktion von Kindesmissbrauch im *Dunkelfeld* methodisch höchst anspruchsvoll und zum Teil kaum möglich ist. Ein Nachweis der Verbesserung des psychischen Befindens und Abnahme deliktbegünstigender Kognitionen von Männern mit pädophiler Neigung ist überwiegend gelungen [48]. Die eigentliche Frage der Reduktion von Delikten bleibt dennoch vorerst unbeantwortet. Andere Arbeitsgruppen wie zum Beispiel in Kanada bedienen sich im *Hellfeld* entsprechender Zahlen von Justiz und Polizei, um zu untersuchen, wie viele der zuvor in Behandlung befindlichen Inhaftierten (Psychotherapien in Justizvollzugsanstalten) später nach Entlassung wieder straffällig werden. Dies geschieht im Vergleich zu Populationen, die keine Behandlung erfahren haben bzw. bei denen eine Behandlung noch nicht zur Verfügung stand. Ein derartiger Ansatz wäre für Prävention- und Behandlungsansätze im Dunkelfeld nicht möglich, sodass in einem ersten Schritt zunächst longitudinale Studien zu empfehlen wären. Klinische Studien mit Kontroll- oder Wartegruppendesign wären in diesem Umfeld ethisch bedenklich. Dies leitet über zur biomedizinisch orientierten Forschung, die hier aus einem anderen Blickwinkel einen nicht unwesentlichen Beitrag leisten kann.

Neben den oben skizzierten neurobiologischen und neuropsychologischen und eher grundlagenwissenschaftlichen Fragestellungen sollte in zukünftigen Projekten insbesondere auch die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Ansätzen mithilfe neurobiologischer Methoden beforscht werden. Generell im Bereich der Psychotherapieforschung finden sich hier für bestimmte Bereiche der seelischen Gesundheit nur wenige oder noch keine hinreichend innovativen Ansätze [49]. Unsere initialen neurobiologischen Befunde legen nahe, dass insbesondere Korrelate für das Begehen eines Kindesmissbrauches identifizierbar sind. Gleichzeitig ist zu sehen, dass pädophile Männer ohne Missbrauchstaten möglicherweise besondere neuropsychologische und neurobiologische Resilienzfaktoren aufweisen, die es weiter zu verstehen gilt, um sie gegebenenfalls auch therapeutisch noch besser nutzbar oder lehrbar zu machen.

Schlussendlich ist auch zu betonen, dass die bisherigen Forschungsaktivitäten und Förderungen im Bereich potenzieller und tatsächlicher Täter ausbaufähig sind. Unter den elf vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekten der Förderlinie zu »Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Kindheit und Jugend« findet sich nur das hier vorgestellte, welches sich der hier vorgestellten Thematik widmet. Das muss in der Schlussfolgerung nicht heißen, dass Fördereinrichtungen dieses Thema vernachlässigen wollen (was durchaus einem öffentlichen Verständnis entsprechen könnte, Täter primär zu bestrafen und wegzusperren und nur Opfer zu behandeln und zu beforschen), sondern könnte auch bedeuten, dass es derzeit noch zu wenige Forschungseinrichtungen gibt, die sich diesem Themenkomplex widmen und einer kompetitiven Drittmitteleinwerbung gewachsen sind.

## Schlussfolgerungen

Die jüngsten Anstrengungen zu Prävention und Beforschung von Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch dienen stets auch der Weiterentwicklung von Diagnostik und Therapie. Insbesondere sollen vor allem psychologische und neurobiologische Schutzmechanismen identifiziert werden, die pädophile Män-

ner trotz ihrer Neigung davon abhalten, sexuelle Übergriffe zu begehen. Ernsthafte und wissenschaftlich belastbare Befunde sind im Bereich der Pädophilie noch selten. Erste Analysen des hier skizzierten Forschungsverbundes deuten darauf hin, dass sich insbesondere die Neigung zu Missbrauchstaten in veränderter Struktur und Funktion von bestimmten Hirnregionen abbilden lässt. Sollten sich diese Befunde weiter erhärten, so wäre dies von Bedeutung für zukünftige Forschungsprojekte und Präventionsmaßnahmen, da diese Erkenntnisse den weiteren Weg zur Identifikation von Risikokonstellationen und Spezifizierung von Behandlungszielen aufzeigen könnten. Es könnte dann auch weiter geklärt werden, ob pädophile Menschen ohne Missbrauchstaten etwa eine bessere Verhaltenskontrolle erlernt haben oder entsprechende Schutzmechanismen bereits anlagebedingt mitbringen.

In diesem Zusammenhang dürften die gut etablierten Arbeitsbeziehungen zwischen dem Präventionsprojekt »Kein Täter werden« mit elf Anlaufstellen bundesweit und dem NeMUP-Forschungsverbund von großem Vorteil oder zumindest beispielhaft für zukünftige Bemühungen sein. Unsere Ausführungen zu den Handlungsempfehlungen machen deutlich, dass weitaus mehr Akteure, Einrichtungen und Anlaufstellen benötigt werden, um diesen speziellen Aspekt der Männergesundheit und seine mitunter folgenschweren Konsequenzen wie sexueller Kindesmissbrauch vollumfänglich anzugehen und in Früherkennung, Prävention und Behandlung auf den oben skizzierten drei Ebenen gerecht zu werden.

## Literatur


1 Heim CM, Mayberg HS, Mletzko T, Nemeroff CB, Pruessner JC. Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Childhood Sexual Abuse. American Journal of Psychiatry. 2013;170(6):616–623.

2 Tomoda A, Navalta CP, Polcari A, Sadato N, Teicher MH. Childhood Sexual Abuse Is Associated with Reduced Gray Matter Volume in Visual Cortex of Young Women. Biological Psychiatry. 2009;66(7):642–648.

3 Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. Child maltreatment. 2011;16(2):79–101.

4 Beier MK. Differential typology and prognosis for dissexual behavior – a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. International Journal of Legal Medicine. 1998;111(3):133–141.

5 World Health Organization (WHO). The ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

6 Association AP. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen–DSM-5®: Hogrefe Verlag; 2014.

7 Association AP. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV. Göttingen: Hogrefe; 1996.

8 Beier KM, Bosinski HA, Loewit K. Sexualmedizin: Elsevier, Urban&FischerVerlag; 2005.

9 Seto MC. is pedophilia a sexual orientation? Archives of Sexual Behavior. 2012;38:335–350.

10 Spitzer RL. Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality (Letter to the Editor). Archives of Sexual Behavior. 2012;41(4):757.

11 Müller K, Curry S, Ranger R, Briken P, Bradford J, Fedoroff JP. Changes in Sexual Arousal as Measured by Penile Plethysmography in Men with Pedophilic Sexual Interest. The Journal of Sexual Medicine. 2014;11(5):1221–9.

12 Bailey JM. A failure to demonstrate changes in sexual interest in pedophilic men: Comment on Müller et al.(2014). Archives of sexual behavior. 2015;44(1):249.

13 Cantor JM. Purported changes in pedophilia as statistical artefacts: Comment on Müller et al.(2014). Archives of sexual behavior. 2015;44(1):253.

14 Lalumière ML. The lability of pedophilic interests as measured by phallometry. Archives of sexual behavior. 2015;44(1):255.

15 Mokros A, Habermeyer E. Regression to the Mean Mimicking Changes in Sexual Arousal to Child Stimuli in Pedophiles. Arch Sex Behav. 2015.

16 Grundmann D, Krupp J, Scherner G, Amelung T, Beier KM. Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles. Arch Sex Behav. 2016;45(5):1153-1162.

17 Wikipedia. Tanner-Stadien. Wikipedia – Die freie Enzyklopädie. 14.6.2016 [zitiert am 23.9.2016]. https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=

Tanner-Stadien&oldid=155279670. Image credit: Michał Komorniczak, 2009, CC-BY-SA. Tanner Scale Male: http://goo.gl/7cxTLM. Tanner Scale Female: http://goo.gl/haB9Cb.
18 Blanchard R, Barbaree HE, Bogaert AF, Dickey R, Klassen P, Kuban ME, et al. Fraternal Birth Order and Sexual Orientation in Pedophiles. Archives of Sexual Behavior. 2000;29(5):463–478.
19 Kraft-Ebing RV. Psychopathia Sexualis: Eine Klinisch-Forensische Studie. Suttgart: Enke; 1886.
20 Glueck BC. Final report: Research project for the study and treatment of persons convicted of crimes involving sexual aberrations, June 1952 to June 1955. New York: New York State Department of Mental Hygiene; 1955.
21 Ahlers CJ, Schaefer GA, Mundt IA, Roll S, Englert H, Willich SNea. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. Journal of Sexual Medicine. 2011;8(5):1362–70.
22 Seto MC. Pedophilia. Annual Review of Clinical Psychology. 2009;5:391–407.
23 Stadler L, Bieneck S, Wetzels P. Viktimisierung durch sexuellen Kindesmissbrauch: Befunde nationalrepräsentativer Dunkelfeldforschung zu Entwicklungstrends in Deutschland. Praxis der Rechtspsychologie. 2012;22(1):190–220.
24 Dombert B, Schmidt AF, Banse R, Briken P, Hoyer J, Neutze J, et al. How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? The Journal of Sex Research. 2015;53(2):1–10.
25 Hall RC, Hall RC (Hrsg.) A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. Mayo Clinic Proceedings; 2007: Elsevier.
26 Schulz KM, Molenda-Figueira HA, Sisk CL. Back to the future: The organizational-activational hypothesis adapted to puberty and adolescence. Horm Behav. 2009;5:597–604.
27 Bao A-M, Swaab DF. Sex differences in the brain, behavior, and neuropsychiatric disorders. The Neuroscientist. 2010;16(5):550–565.
28 Engfer A. Formen der Misshandlung von Kindern–Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle U, Hoffmann, SO, Joraschky, P., editor. Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung Stuttgart: Schattauer; 2005:3–19.
29 Freund K, McKnight CK, Langevin R, Cibiri S. The female child as a surrogate object. Archives of Sexual Behavior. 1972;2(2):119–133.
30 Nunes KL, Hermann CA, Renee Malcom J, Lavoie K. Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism. Child Abuse & Neglect. 2013;37(9):703–711.
31 Seto MC. Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. Washigton, DC: American Psychological Association; 2008.
32 Endrass J, Urbaniok F, Hammermeister LC, Benz C, Elbert T, Laubacher A, et al. The consumption of Internet child pornography and violent and sex offending. BmC Psychiatry. 2009;9(1):1.
33 Mohnke S, Müller S, Amelung T, Krüger TH, Ponseti J, Schiffer B, et al. Brain alterations in paedophilia: a critical review. Progress in neurobiology. 2014;122:1–23.
34 Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, et al. The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. Frontiers in human neuroscience. 2015;9.
35 Schiltz K, Witzel J, Northoff G, et al. Brain pathology in pedophilic offenders: Evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures. Archives of General Psychiatry. 2007;64(6):737–746.
36 Schiffer B, Peschel T, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, et al. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. Journal of psychiatric research. 2007;41(9):753–762.
37 Cantor JM, Kabani N, Christensen BK, Zipursky RB, Barbaree HE, Dickey R, et al. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. Journal of Psychiatric Research. 2008;42(3):167–183.
38 Walter M, Witzel J, Wiebking C, Gubka U, Rotte M, Schiltz K, et al. Pedophilia is Linked to Reduced Activation in Hypothalamus and Lateral Prefrontal Cortex During Visual Erotic Stimulation. Biological Psychiatry. 2007;62(6):698–701.
39 Schiffer B, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, Schedlowski M, et al. Functional brain correlates of heterosexual paedophilia. NeuroImage. 2008;41(1):80–91.
40 Blanchard R, Kuban ME, Klassen P, Dickey R, Christensen BK, Cantor JM, et al. Self-Reported Head Injuries Before and After Age 13 in Pedophilic and Nonpedophilic Men Referred for Clinical Assessment. Archives of Sexual Behavior. 2003;32(6):573–581.
41 Walter M. Untersuchung spezifischer Hirnprozesse sexueller Verarbeitung bei Gesunden und pädophilen Patienten anhand funktioneller Kernspintomographie 2008.
42 Sartorius A, Ruf M, Kief C, Demirakca T, Bailer J, Ende G, et al. Abnormal amygdala activation profile in pedophilia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2008;258(5):271–277.
43 Ponseti J, Granert O, Jansen O, et al. Assessment of pedophilia using hemodynamic brain response to sexual stimuli. Archives of General Psychiatry. 2012;69(2):187–194.
44 Cantor JM, Blanchard R. White matter volumes in pedophiles, hebephiles, and teleiophiles. Archives of sexual behavior. 2012;41(4):749–752.

45 Poeppl TB, Nitschke J, Santtila P, Schecklmann M, Langguth B, Greenlee MW, et al. Association between brain structure and phenotypic characteristics in pedophilia. Journal of Psychiatric Research. 2013;47(5):678–685.
46 Habermeyer B, Esposito F, Händel N, Lemoine P, Kuhl HC, Klarhöfer M, et al. Response inhibition in pedophilia: An fMRI pilot study. Neuropsychobiology. 2013;68(4):228–237.
47 Poeppl TB, Nitschke J, Dombert B, Santtila P, Greenlee MW, Osterheider M, et al. Functional Cortical and Subcortical Abnormalities in Pedophilia: A Combined Study Using a Choice Reaction Time Task and fMRI. The Journal of Sexual Medicine. 2011;8(6):1660–1674.
48 Neutze J, Grundmann D, Amelung T, Kuhle LF, Scherner G, Konrad A, et al. Treatment change in dynamic risk factors in the Prevention Project Dunkelfeld. International Association for the Treatment of Sexual Offenders Conference; Berlin; 2012.
49 Schiepek G. Neurobiologie der Psychotherapie. 2nd ed. Stuttgart: Schattauer; 2010.

# 5.5 Der gesellschaftliche Umgang mit Sexualstraftätern

*Heino Stöver*

**Zusammenfassung**
Die Entwicklung der Anzahl der Sexualdelikte zeigt – entgegen dem in den Massenmedien oft vermittelten und in der Bevölkerung verankerten Bild – seit über 50 Jahren – vermutlich aufgrund erhöhter gesellschaftlicher Aufmerksamkeit, besserem Verständnis von sexuellen Übergriffen und höherer Anzeigebereitschaft – eine mit Schwankungen eher leicht abnehmende Tendenz. Leider besteht nach wie vor eine erhebliche Dunkelziffer bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung – sowohl bei Erwachsenen als auch besonders bei Kindern (meist im familiären Umfeld). Sexualstraftäter sind vor allem Männer, Opfer vor allem Mädchen und Frauen. Erst in den letzten Jahren wird thematisiert, dass auch Jungen und Männer Opfer (sexueller) Gewalt, auch hier mehrheitlich von Männern, sind. Sexualstraftäter_innen werden in der Regel aus dem Justizvollzug in sozialtherapeutische Anstalten verlegt. Hier liegt der Schwerpunkt in der Behandlung zunehmend auf kognitiv-behavioralen Behandlungsprogrammen. Die Behandlung von Sexualstraftäter_innen in diesen sozialtherapeutischen Einrichtungen senkt die Rückfallgefahren erheblich (nur ca. 20% werden wieder einschlägig rückfällig). Deshalb sollten möglichst vielen Sexualstraftäter_innen sozialtherapeutische Angebote gemacht werden.

**Summary: The way society deals with sex offenders**
For over 50 years the development of the numbers of sexual offences shows a rather slightly decreasing trend with some fluctuations- contrary to the image which mass media often mediate and which is perceived in the population, and presumably due to increased social attention, a better understanding of sexual assault and higher willingness to report offences. Unfortunately still exists a considerable number of unreported cases against sexual self-determination, concerning both adults, as well as – in particular – children (mainly in the family setting). Sex offences are mainly committed by men, victims are mainly girls and women. It is has not until the recent years that also boys and men are victims of sexual violence exerted also here mostly by men. Sex offenders are normally transferred from the detention facilities to special social therapeutic institutions. Here, the focus is increasingly laid upon a cognitive-behavioral treatment program. Treating sex offenders in these social therapeutic institutions lowers the relapse rate considerably (only about 20% relapse in a relevant matter). Therefore, offers for social therapy should be made to as many sex offenders as possible.

---

## Einleitung

Sexualität bedeutet nicht zuletzt auch das Erleben von Grenzerfahrungen und -überschreitungen: Derartige Erfahrungen stellen gerade die besonderen Erlebensmerkmale von Sexualität dar. Problematisch wird dieses Erleben, wenn es um nicht-einvernehmliche sexuelle

Handlungen geht und die sexuelle Selbstbestimmung des Anderen missachtet wird. Die Grenzen sind sowohl moralisch-ethisch als auch juristisch definiert. Als typische Phänomene nicht-einvernehmlicher Sexualität sind gemeinhin Vergewaltigung und sexuelle Handlungen an Kindern anzusehen – beides Handlungen, die in vielen Ländern strafbar sind und in Deutschland unter die gegen die sexuelle Selbstbestimmung verstoßenden Straftaten subsumiert werden. Die Grenzen zwischen einvernehmlicher und nicht-einvernehmlicher Sexualität sind nicht starr, sondern können oft fließend sein – historisch, inter-/intrakulturell, intersubjektiv – und von den situativen Umständen und präferierten Praktiken abhängen. Dies spiegelt sich in den sich verändernden gesetzlichen Normen wider [1].

In Deutschland wird das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung durch die Auslegung des Grundgesetzes (in dem das menschliche Recht auf körperliche Unversehrtheit und die Unantastbarkeit menschlicher Würde fest verankert ist) abgeleitet, und hat sich in der Großen Strafrechtsreform vom 23. November 1973 niedergeschlagen, beispielsweise in der Entkriminalisierung von Homosexualität (letztlich erst 1993) und des vor- und außerehelichen Geschlechtsverkehrs. Sexuelle Selbstbestimmung schließt sowohl die sexuelle Orientierung (Heterosexualität, Homosexualität, Bisexualität und Asexualtität) als auch die freie Wahl der Sexualpartner, der sexuellen Praktiken (z. B. auch BDSM), des Ausdrucks der Geschlechtsidentität (Transgender, Intersexualität, Cisgender) und der Form der sexuellen Beziehungen (wie zum Beispiel Autosexualität/selbstbezügliche Sexualität, Monogamie, Zölibat, Promiskuität oder Polyamory) ein. Soweit das Ausleben der Sexualität die Beteiligung von (mindestens) zwei Personen einschließt, hat die autonome Selbstbestimmung auch eine Qualität, welche die jeweils andere(n) Person(en) betrifft – sie muss »verhandelt« werden und zum konsensuellen Sexualitätsausleben führen.

## Normen und Definitionen

Im Strafgesetzbuch werden »Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung« erfasst. Dabei stellt der Gesetzgeber Kinder und Jugendliche unter einen besonderen Schutz: In § 176 des StGB heißt es: »Sexueller Missbrauch von Kindern: Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft« [2]. Dieser Tatbestand wird in der Folge klar beschrieben und Personen mit Strafe bedroht, die auf ein Kind durch Vorzeigen pornografischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornografischen Inhalts, durch Zugänglichmachen pornografischer Inhalte mittels Informations- und Kommunikationstechnologie oder durch entsprechende Reden einwirken. Diese Definition reflektiert die modernen medialen Entwicklungen.

Anders als bei Vergewaltigung und sexueller Nötigung erwachsener Personen ist die Einwilligung bzw. Gegenwehr bei Kindern bzw. Jugendlichen unerheblich, um allen Missverständnissen vorzubeugen. Strafbar sind alle sexuellen Handlungen, die von einem Erwachsenen (ggf. Jugendlichen) an oder vor einem Kind oder Jugendlichen vorgenommen werden und von »einiger Erheblichkeit« sind, unabhängig vom Verhalten und unabhängig von einer etwaigen aktiven Beteiligung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen. Diese Regelung macht deutlich, dass Kinder generell nach dem Stand ihrer Persönlichkeitsentwicklung und der Entwicklung ihrer kognitiven Fähigkeiten noch nicht als hinreichend befähigt angesehen werden, die Tragweite einer eventuellen Zustimmung zu einer sexuellen Handlung abzusehen. Entsprechend wird eine eventuelle Zustimmung Jugendlicher zu sexuellen Handlungen in speziellen Beziehungskonstellationen aufgrund von Abhängigkeiten als keine echte Zustimmung anerkannt. Das Kind kann aufgrund körperlicher, psychischer, ko-

gnitiver oder sprachlicher Unterlegenheit jedenfalls nicht wissentlich zustimmen. Die Täter_innen nutzen ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um ihre eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen. Das geschützte Rechtsgut ist die ungestörte sexuelle Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen. Das Strafrecht legt erkennbar eine weite Definition sexuellen Missbrauchs zugrunde, die auch Handlungen ohne Körperkontakt (wie z. B. exhibitionistische Handlungen vor Kindern oder die Aufforderung an ein Kind, sexuelle Handlungen an sich selbst vorzunehmen) umfasst, sofern das Kind den Vorgang wahrnimmt [3].

## Verbreitung von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung

Die Entwicklung der Anzahl der Sexualdelikte zeigt – entgegen dem in den Massenmedien oft vermittelten und in der Bevölkerung verankerten Bild – seit über 50 Jahren keine stetige Zunahme, sondern – vermutlich aufgrund erhöhter gesellschaftlicher Aufmerksamkeit, besserem Verständnis von sexuellen Übergriffen und höherer Anzeigebereitschaft – eine mit Schwankungen eher gering abnehmende Tendenz [4].

Gemäß der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes gab es im Jahr 2014 insgesamt 26.039 Opfer (männlich, weiblich, alle Altersklassen) von sexuellem Missbrauch nach §§ 176, 176a, 176b, 179, 182, 183, 183a StGB. Im Jahr 2000 waren es noch 33.000 [5].

Die polizeiliche Kriminalstatistik für 2014 weist für Deutschland insgesamt 12.742 Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung unter Gewaltanwendung oder Ausnutzen eines Abhängigkeitsverhältnisses aus (§§ 174, 174a, 174b, 174c, 177, 178 StGB; 2013: 13.202). Davon waren 6,7% männlich und 93,3% weiblich. Die Mehrzahl der Opfer war über 21 Jahre, 14,6% Heranwachsende, 24,8% Jugendliche und 3,6% Kinder. Bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung unter Gewaltanwendung oder Ausnutzen eines Abhängigkeitsverhältnisses sind die Opfer meist weiblichen Geschlechts [6], wenn auch ein kleiner, aber nicht unerheblicher Teil männlichen Geschlechts ist. Dieser Tatsache wird jedoch nur wenig Rechnung getragen [7].

Gemäß der polizeilichen Kriminalstatistik findet der sexuelle Missbrauch von Kindern zu 92% im Alter von 6 bis 14 Jahren statt. Im Alter von 0 bis 6 Jahren sind 8% der missbrauchten Kinder betroffen. Mädchen sind vier- bis zehnmal häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen als Jungen. Jährlich wird von etwa 300.000 Fällen ausgegangen, wobei die Dunkelziffer zwischen 1:15 [8] und 1:20 [9] berechnet wird. Bei den angezeigten Missbrauchsfällen kommt etwa jeder fünfte Fall zur Verhandlung [10, 11].

Das wahre Ausmaß von sexuellem Missbrauch lässt sich aufgrund der sehr hohen Dunkelziffer schlecht erkennen. Dafür sind verschiedene Gründe maßgeblich: Häufig ist ein Kleinkind zu detaillierten Aussagen noch nicht fähig, es bestehen bereits Schuldgefühle, vor allem dann, wenn der Vater oder die Mutter Täter_in ist. Das Kind kann durchaus ein Gefühl für die Gefahr des Zerfalls der Familie realisieren und Ängste entwickeln, dafür verantwortlich gemacht zu werden. Das Kind wird oft als schuldiger Teil angesehen. Die Opfer werden kaum Ärzt_innen vorgestellt, schon aus der Sorge heraus, der Missbrauch könnte öffentlich werden und es könnten Anzeigen erfolgen. Kindesmissbrauch kann durchaus auch vom anderen Elternteil bzw. der anderen erziehungsberechtigten Person bewusst gedeckt werden.

Diese Gründe sprechen dafür, dass die tatsächliche Zahl von sexuellem Kindesmissbrauch weit über der Zahl der bekannt gewordenen Fälle liegt. Aus diesem Grund wird allgemein davon ausgegangen, dass in der Bundesrepublik Deutschland jährlich ca. 300.000 Kinder sexuell missbraucht werden.

Ein Großteil sexuellen Missbrauchs wird weltweit im familiären oder näheren Familien-

umfeld der Opfer begangen: Die Täter_innen sind nach Angaben der Bundesregierung dem Kind zu 93% bekannt, zu zwei Drittel gehören sie der Familie oder deren nahem Umfeld an. Die Identifikation und Benennung sexuellen Missbrauchs wird dabei von vermeintlich einvernehmlich erklärten sexuellen Handlungen zwischen Kindern und Erwachsenen erschwert.

Jede siebte Frau wird in Deutschland mindestens einmal Opfer einer Vergewaltigung. Jede zweite Frau erfährt mindestens eine weitere Form der sexualisierten Gewalt. Dieses Ausmaß macht deutlich: Sexualisierte Gewalt ist ein gesellschaftliches Problem. Jede Frau und jedes Mädchen kann Opfer werden. Die Forschung zur sexualisierten Gewalt gegenüber Männern und Jungen von Männern und Frauen ist sehr unterentwickelt und muss dringend verstärkt werden, um detaillierten Einblick in diese Phänomene zu erhalten.

Im Jahr 2013 wurden in Deutschland 2.062 Menschen rechtskräftig verurteilt wegen sexuellem Missbrauch von Kindern und 1.129 Menschen wegen sexueller Nötigung und/oder Vergewaltigung [12]. Diese Zahlen hängen immer von der Anzeigebereitschaft sowie der Struktur und Aktivität der Strafverfolgungsbehörden ab. Allerdings ist in Zukunft nach der jüngst vom Bundestag verabschiedeten Reform des Sexualstrafrechts [13] damit zu rechnen, dass die Zahlen ansteigen werden. Unter dem Motto »Nein heißt Nein« macht sich künftig bereits strafbar, wer einen anderen unsittlich berührt: Um belangt zu werden, reicht es, dass man einer Gruppe angehört, aus der heraus sexuelle Übergriffe geschehen. Es zeigt den Willen der Regierungskoalition, Frauen besser vor Männern zu schützen.

## Wer sind die Täter_innen?

Bei einer Vergewaltigung geht es in den allermeisten Fällen nicht um ein Ausleben »sexueller Not« oder einer besonderen Triebstärke, sondern es geht in aller Regel um durchdachte Gewalttaten, Machtdemonstration, Rücksichtslosigkeit, Durchsetzungsbereitschaft und bewusste Abwertung und/oder fehlendes Mitleid/Mitgefühl/Empathie mit dem anderen Menschen [14]. Der intime Bereich der Sexualität wird von den Täter_innen als Mittel gewählt, um die erniedrigende Auswirkung der Gewalthandlung zu erhöhen. Die meisten Täter_innen planen die Gewalthandlung – oftmals, indem sie zur Ausübung der Tat das Vertrauen der Frau, des Mädchens oder (vor allem bei sexuellem Missbrauch von Kindern) auch des Jungen ganz bewusst ausnutzen [15].

Vergewaltigungen werden zu jeder Tageszeit und größtenteils in sozialen Nahräumen verübt, am häufigsten in der Wohnung. Zumeist ist der Täter der (frühere) Ehemann oder (frühere) Partner, ein Freund, Bekannter, Nachbar, Kollege oder ein anderer Mann aus dem alltäglichen Umfeld. Frauen und Mädchen müssen sexualisierte Gewalt also gerade dort erleben, wo sie sich eigentlich am sichersten fühlen – in ihren unmittelbaren sozialen Bezügen und von Männern, die ihnen bekannt oder gut vertraut sind [16]. Eine Vergewaltigung ist eine besonders extreme Form der sexualisierten Gewalt. Während der Gewaltsituation dominiert die Angst bis hin zu Todesangst, zusammen mit dem extremen Kontrollverlust über den eigenen Willen und Körper sowie der Ohnmacht, einem anderen Menschen schutzlos ausgeliefert zu sein. Eine solche Extremsituation versetzt das Opfer fast immer in einen Schockzustand. Die traumatische Erschütterung kann während und nach der Tat zu unterschiedlichsten Reaktionen führen: Einige Betroffene weinen, wirken aufgelöst oder brechen zusammen; andere erscheinen ruhig, gefasst oder überkontrolliert. In Anbetracht der extremen Gewalterfahrung ist jede Reaktion und jedes Verhalten angemessen und normal [1].

Sexualisierte Gewalt verletzt körperlich und seelisch: Frauen und Mädchen bewältigen eine sexualisierte Gewalterfahrung individu-

ell und unterschiedlich. Viele werden jedoch im Anschluss von quälenden Gefühlen überschwemmt: Scham, Ekel, Schuldgefühle, ungewollte Erinnerungen an die Gewaltsituation, Angst- und Panikattacken, Alpträume, beängstigende Unwirklichkeitsgefühle und Erinnerungslücken sind Beispiele dafür. Auch Depressionen, sexuelle Probleme, Essstörungen und der Rückzug aus sozialen Beziehungen sind häufige Folgen. Vergewaltigte Frauen und Mädchen müssen sich oftmals mit dem Gedanken auseinandersetzen, dass die Tat zu einer Schwangerschaft und/oder zu einer sexuell übertragbaren Krankheit führen könnte oder geführt hat. Sexualisierte Gewalt kann langfristige und schwere körperliche, seelische und soziale Folgen haben. Statt mit Zuspruch, Verständnis und Unterstützung wird betroffenen Frauen und Mädchen zum Teil auch heute noch mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen begegnet. Dies macht es ihnen noch schwerer, sich anderen Menschen anzuvertrauen und Hilfe zu bekommen [17].

Nach vorsichtigen Schätzungen sind die sogenannten regressiven Täter[1] mit etwa 90% am häufigsten anzutreffen. Sie stammen aus Personengruppen, deren primäre sexuelle Präferenz auf Erwachsene gerichtet ist. Aufgrund der leichten Verfügbarkeit von Kindern greifen sie zur sexuellen Befriedigung auf Kinder zurück. Man spricht deshalb auch von einem »Ersatzobjekttäter«. Der »pädophile Typ« folgt mit etwa 2–10% an zweiter Stelle und zählt zum sogenannten fixierten Typus: Seine pädosexuellen/pädophilen Interessen hatte er meist bereits als Jugendlicher. Sie sind Ausdruck unreifer sozialer Fähigkeiten und einer psychosexuellen Entwicklungshemmung. Er hat Furcht vor Zurückweisung und Minderwertigkeitsgefühle, darüber hinaus kaum sexuelle Beziehungen zu Gleichaltrigen (und lebt oft als Single). Seine sexuellen Fantasien beinhalten ausschließlich Kinder als Sexualobjekte. Der »soziopathische Typ« hingegen tritt nur in wenigen Einzelfällen auf. Die Sexualität dient ihm nicht primär zur sexuellen Befriedigung, sondern als Mittel zur Unterdrückung. In diesem Zusammenhang wird auch von einem »sadistischen Typ« gesprochen [18].

Sexuelle Gewalt gegen Frauen und Männer, Mädchen und Jungen wird zu 95 bis 99 Prozent von Männern ausgeübt. Opfer sexueller Gewalt werden vor allem Frauen, Mädchen und Jungen, seltener dagegen erwachsene Männer [19].

Bei Vergewaltigungen/sexuellen Nötigungen ist noch sehr wenig über den Anteil, die Verarbeitung und Folgen bei Jungen und Männern bekannt [7, 20].

Der Genderreport des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) [19] zeigt, dass sowohl Mädchen/Frauen als auch Jungen/Männer gleichermaßen primär Opfer von männlicher Gewalt werden. Von körperlicher Gewalt in heterosexuellen Paarbeziehungen scheinen Männer zunächst – rein quantitativ – in annähernd gleichem Ausmaß wie Frauen betroffen zu sein. Werden aber der Schweregrad, die Bedrohlichkeit und die Häufigkeit erlebter Gewaltsituationen einbezogen, dann zeigt sich, dass Frauen häufiger als Männer Opfer von schwerer und in hoher Frequenz auftretender Gewalt in Paarbeziehungen werden.

Die meisten Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Täter sexueller Missbrauchshandlungen an Kindern überwiegend männlich sind. Der genannte weibliche Anteil an Missbrauchstätern schwankt zwischen 1% und 20% [39]. Nach einer Studie der Missbrauchsbeauftragten der Bundesregierung werden zehn Prozent der

---

1 Der »regressive Täter«-Typ wird von Gallwitz und Paulus beschrieben als ein Mann mit vorrangig sexuellen Beziehungen zu Gleichaltrigen. Seine pädosexuellen Interessen entstehen erst im Erwachsenenalter als Folge von Belastungen, Stress etc. Typisch ist mangelhafte Konfliktbewältigungsfähigkeit und Neigung zu impulsiven Reaktionen. In der Regel verfügen diese Täter auch über ein Unrechtsbewusstsein; wiederholte unentdeckte Handlungen senken jedoch die Hemmschwelle und machen zukünftige Übergriffe wahrscheinlicher. Das Opfer ist hier eine Art »Erwachsenenersatz«.

Missbrauchsfälle von Frauen verübt. Alexander Homes hat weltweit recherchiert und spricht sogar davon, dass die Hälfte aller Missbrauchstäter weiblich ist. Im sozialen Nahraum erleben Männer etwa gleich häufig wie Frauen Gewalt, jedoch spielt bei ihnen neben der Gewalt in Paarbeziehungen elterliche und geschwisterliche Gewalt eine besondere Rolle. Dies gilt speziell für die unter 20-jährigen Männer. Die Dunkelziffer ist hoch, es werden nur wenige Daten erfasst [19]. 32 Einige Täterinnen handeln gemeinsam mit einem männlichen Mittäter, einige freiwillig, andere unter Zwang. Solche Fälle sind besonders medienwirksam. Einzeltäterinnen fallen demgegenüber wesentlich weniger auf. Zunehmend berichten Jungen von Missbrauch durch Frauen, wobei sie an ein Tabu rühren und oft nicht ernst genommen werden. Erwachsene berichten zunehmend von früher erlittenen Missbrauchserfahrungen durch Frauen, dabei scheint es eine große Dunkelziffer zu geben [21].

## Der gesellschaftliche Umgang mit Sexualstraftätern

Sexualkriminalität macht nur einen kleinen Teil der Gesamtkriminalität von ca. 6 Millionen Straftaten jährlich aus, trotzdem wird sie als besonders gravierend und bedrohlich wahrgenommen. Die Zahl der Straftäter_innen, die nach der Haft in Sicherungsverwahrung bleiben, hat sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt. Verdoppelt hat sich im gleichen Zeitraum auch die Zahl derer, die nach § 63 oder § 64 StGB aufgrund psychischer Erkrankungen oder einer Sucht im Maßregelvollzug und damit in einer psychiatrischen Einrichtung landen. Die Verurteilungspraxis belegt eine steigende Bereitschaft, Straftäter länger unterzubringen und das geht, wenn nicht die Voraussetzung für die Sicherungsverwahrung besteht, am ehesten im Maßregelvollzug. Die Sicherungsverwahrung ist ein verfassungsrechtlich verfängliches Instrument. Wird ein Straftäter über seine Strafe hinaus weggeschlossen, muss dies durch seine besondere Gefährlichkeit gerechtfertigt werden. Straftäter aber, die im Maßregelvollzug landen, verlassen diesen oft nicht nach Absitzen ihrer Haftstrafe, sondern erst dann, wenn sie als gesund genug gelten, um entlassen zu werden. Früher blieben sie dort durchschnittlich vier Jahre, heute sind es bereits sechs. Kritiker_innen wenden dagegen ein, die Strafverschärfung nehme den Menschen die Hoffnung und damit den Willen zur Kooperation.

Über Sexualstraftäter_innen wird in den Medien weit überproportional häufiger, detaillierter und umfassender berichtet als über viele andere Delinquenzformen, wie beispielsweise »White Collar Criminality«, bei der ebenfalls viele Menschen zu Schaden kommen. Die mediale Aufbereitung bezüglich der Sexualstraftaten führt zu einem erheblichen öffentlichen Druck [22], der quasi umgehend politische Schritte erfordert (beispielsweise Verschärfung der Gesetze [23]).

Sexualdelinquenz ist in den Medien vertreten, ein Phänomen das Ängste schürt, Bestrafungswut auslöst und dafür sorgt, dass die Täter sehr hart bestraft werden müssen. Die Ängste der Menschen, ebenso wie die mediale Aufmerksamkeit, werden jedoch insbesondere dann sehr groß, wenn es um Rassismus geht, also wenn – wie am Beispiel der Silvesternacht 2015/2016 in Köln und anderen Orten – Frauen von ausländischen Männern bedroht werden, und die tagtägliche Bedrohung von Frauen durch deutsche Männer eher unbeachtet bleibt. Die Übergriffe in diesen Städten waren stark verurteilenswert, aber haben nochmal die Ungleichgewichtung deutlich hervortreten lassen.

In aller Regel bezieht sich die mediale Inszenierung auf Männer als Täter – Männer als Opfer werden hingegen kaum thematisiert. Sozialpsychologisch gesehen wird über die Identifikation und Beschreibung des »Bösen« (Mannes) die moralisch-(hetero-)sexuelle Mitte stabilisiert und damit Abweichung produziert. Diese Dynamik ist ein permanen-

ter Prozess. Neben den Wegsperrwünschen der Mehrheit der Bevölkerung geht es relativ wenig um den anschließenden richtigen Weg für den Umgang mit Sexualdelinquenten, insbesondere mit gefährlichen bzw. mehrfach rückfällig gewordenen Tätern, und ihre Behandlung in den Justiz- und Maßregelvollzugsanstalten. Insofern handelt es sich beim Sexualstrafrecht und seinen regelmäßigen Verschärfungen im Zusammenhang mit aktuellen »Skandalen« in starkem Maße um »symbolisches Strafrecht«: der Staat suggeriert Aktivität, die eigentlichen, vielleicht kostspieligen Maßnahmen unterbleiben [24].

Und es geht in der 32 Mehrzahl (s. o.) um sexualdelinquente Männer, ihre sexuellen Lüste, Präferenzen, Praktiken und vordringlich um ihre Gewalt. Aber Gewalt ist nicht nur als individuelles (Männer-)Schicksal zu begreifen, sondern als komplexes, mit den Herrschaftsverhältnissen und den tradierten patriarchalen Strukturen eng verknüpftes Phänomen. Eigene Gewalterfahrungen spielen sehr häufig wieder eine Rolle bei der eigenen Täterschaft (siehe Kapitel 5.3).

Erst in den letzten Jahren wird thematisiert, dass auch Jungen und Männer Opfer (sexueller) Gewalt sind. Die Missbrauchenden sind auch hier mehrheitlich Männer. Für viele Männer ist es schwer zu akzeptieren, Opfer gewesen zu sein – einen solchen Sachverhalt in der deutschen Gesellschaft überhaupt zu denken ist schwierig: Die Geschlechternormen legen nahe, dass Mann-Sein und Opfer-Werden unvereinbar sei. In den männlichkeitsdominierten Herrschaftsverhältnissen werden Männer als Opfer verleugnet und abgewehrt [25].

Deshalb fällt es Männern oft besonders schwer, sich selbst oder anderen gegenüber einzugestehen, dass sie von einem sexuellen Übergriff betroffen waren oder sind. »Jungen sind stark«, »boys don't cry« und »Jungen können sich wehren« sind Anforderungssätze, denen sich missbrauchte Jungen ausgesetzt sehen [26]. Dies hat natürlich Folgen für die sexuellen Identitätsbilder. Weil die Missbrauchenden zumeist Männer sind, kann es dazu führen, dass die missbrauchten Jungen und jungen Männer sich Sorgen machen, homosexuell zu sein oder zu werden bzw. besondere Scham erleben und die Tat verheimlichen. Auch im Falle weiblicher Täterinnenschaft führt dies zu nachhaltigen Verunsicherungen und Diskrepanzen zum männlichen Selbstbild [27].

Strukturelle Unterschiede von Übergriffen gegen Frauen und Männer zeigen sich darin, dass zwar Opfersein nicht zu Männlichkeit passt – vor allem dann, wenn die übergriffige Person ebenfalls ein Mann ist. In Abgrenzung dazu muss allerdings auch die Besonderheit von Frauen, die von Männern sexualisierte Gewalt erleben, benannt werden: Zum Beispiel kann es bei dieser Konstellation dazu führen, dass Frauen den Übergriff nicht als Unrecht empfinden, weil sie an eine passive Rolle gewöhnt sind und der Übergriff somit eben nicht im Widerspruch zur erlernten Rolle steht.

Schwarting spricht bei den männlichen Opfern männlicher Gewalt von einer »doppelten Traumatisierung«:

> »Das patriarchale Männerbild steht im Widerspruch zu den Folgen dessen, was vielfach an gewalttätigen Übergriffen durch Männer erlebt wird. Als Folge eines derartigen grenzüberschreitenden Verhaltens erleben Männer eine Erschütterung ihres inneren Abbildes, das heißt ihrer männlichen Identität, dessen, was sie bisher als ihre Männlichkeit sahen. Daraus resultiert ein doppeltes Trauma. Das äußere Trauma (Gewaltereignis) erwächst zum ›inneren Trauma‹, zum Konflikt zwischen dem verinnerlichten Bild von Männlichkeit, das Verletzbarkeit ausschließt, und dem Erleben eben dieser ›unmännlichen‹ Gefühle« [28, S. 214].
>
> »Für Männer ist es aufgrund dessen nicht umstandslos möglich, in einer Therapie solche Erfahrungen zu bearbeiten, da die Thematisierung bei ihnen selbst und bei anderen erneut Vorgänge von Abwertung von Männlichkeit hervorrufen kann. Therapeutische Arbeit mit Männern bedingt so stets die Notwendigkeit

der Analyse der Widerstände, die sich seitens der Betroffenen, aber auch der Helfer, zeigten« [26, S. 111].

Heinemann macht dies deutlich:

»Diese Widerstände begegnen uns insbesondere in Form des ›Helfer-Opfer-Konfliktes‹, das heißt, der nicht immer ausreichend erfolgten, jedoch notwendigen Wahrnehmung eigener, individueller Erfahrungen des Opferseins, der ›Schwächen‹, zum Beispiel im Vermeiden eigener sogenannter weiblicher Werte und in Form einer kulturspezifischen Homophobie (d. h. nicht integrierter eigener Anteile gleichgeschlechtlicher Zuwendung) als eine mögliche Irritation in der Gruppenarbeit. Interessant erscheint uns, inwieweit in diesem Zusammenhang, auch in der Reaktion betroffener Patienten, vermeintliche Schwächen und Unterlegenheitsgefühle, möglicherweise gewalttätig, kompensiert werden, und welche Rolle das Bild der eigenen ›männlichen‹, verunsicherten Sexualität hier spielt« [28, S. 215].

## Behandlung(spflicht): Was passiert mit Sexualstraftäter_innen im deutschen Justizvollzug?

Deutschland führte im Jahr 2003 eine Behandlungspflicht für alle Sexualstraftäter_innen im Strafvollzug ein (§ 9 Abs. 1 StVollzG):

»Ein Gefangener ist in eine sozialtherapeutische Anstalt zu verlegen, wenn er wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuches zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden ist und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 6 Abs. 2 Satz 2 oder § 7 Abs. 4 angezeigt ist. Der Gefangene ist zurückzuverlegen, wenn der Zweck der Behandlung aus Gründen, die in der Person des Gefangenen liegen, nicht erreicht werden kann.«

Wegen bestimmter Sexualdelikte können Verurteilte nun auch ohne ihre Einwilligung und Zustimmung des Leiters der sozialtherapeutischen Einrichtung in diese verlegt werden. Diese politische Entscheidung folgte auf einige brutale Sexualmorde an Kindern, da die Empörung in den Medien und in der Bevölkerung derart überwältigend war, dass der Gesetzgeber glaubte, handeln zu müssen. Sie hatte vor allem auch eine symbolische Funktion und ist damit als symbolische Strafrechtspolitik zu verstehen, die Macht und Stärke der politisch Verantwortlichen demonstrieren und die Öffentlichkeit beruhigen soll [vgl. 29, S. 31].

Die Bearbeitung des sozialen Problems »Sexualdelinquenz«, das heißt rückfällige bzw. gefährliche Sexualstraftäter_innen wurde dem Strafvollzug übertragen, weil dieser eine sichere Unterbringung und somit einen hinreichenden Schutz der Allgemeinheit verspricht. Von hier aus erfolgt eine Verlegung in sozialtherapeutische Anstalten. Die Behörden des Justizvollzugs entscheiden über die Verlegung von Sexualstraftäter_innen in die Sozialtherapie und beurteilen, bei welchem Sexualdelinquenten ein sozialtherapeutischer Behandlungsbedarf besteht. Die Haftplatzzahlen in sozialtherapeutischen Einrichtungen geben einen Überblick über das Angebot im deutschen Justizvollzug: Am 31. März 2014 gab es bundesweit 68 sozialtherapeutische Einrichtungen mit 2.365 Haftplätzen (darunter 78 Plätze für weibliche Gefangene). Etwa die Hälfte (50,7%) der Gefangenen in sozialtherapeutischen Einrichtungen wurden wegen der Begehung eines Sexualdeliktes verurteilt.

Inhaltlich orientiert sich die Behandlung in den sozialtherapeutischen Einrichtungen primär an psychologisch-psychotherapeutischen und (sozial-)pädagogischen Ansätzen, medizinische Behandlungsverfahren finden sich dagegen kaum. In den Einrichtungen wird eine integrative Sozialtherapie umgesetzt. Diese zeichnet sich unter anderem durch eine zunehmende Verantwortungsübergabe an die Klient_innen und die Förderung von so-

zialen Lernprozessen im wohngemeinschaftlichen Zusammenleben aus [30, S. 89].

Nachdem der Schwerpunkt in der Sexualstraftäter_innenbehandlung lange Zeit bei psychoanalytischen Behandlungen lag, bestimmen heute zunehmend kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme sowie die nach deren Prinzipien ausgerichteten Relapse Prevention Programme (RPP) die internationale Behandlungsszene [31]. Die Ergebnisse der Evaluationsforschung zeigen, dass sich durch diesen Trend positivere Ergebnisse erzielen lassen. Weiterhin findet Sexualstraftäter_innenbehandlung – im Gegensatz zum klassischen psychoanalytischen Einzelsetting – zunehmend in Gruppen statt, die vielen Sexualstraftäter_innen eine günstige Möglichkeit bieten, ihre Isolation zu überwinden und mit ihrer Scham umzugehen, indem sie Konfrontationsebenen schaffen [32].

Die Plätze der Sozialtherapie decken bei Weitem nicht den Bedarf an qualifizierter Behandlung. Vor allem ihr Delikt leugnende, unwillige, einschlägig vorbestrafte Straftäter_innen werden kaum von der Sozialtherapie mit einem integrativen Verständnis [33, 34] erreicht. Dadurch, dass die Überweisung in die Sozialtherapie für Sexualstraftäter_innen erst ab zwei Jahren Haft zwingend ist, werden viele Ersttäter_innen mit geringeren Strafen therapeutisch nicht behandelt – obwohl bei dieser Klientel Behandlungserfolge sehr wahrscheinlich sind. Integrative Sozialtherapie bedeutet, in einem möglichst normalisierten Anstaltsalltag (Arbeit und Freizeit), Wohngruppe, soziales Training, Gruppen- und Einzeltherapie, Arbeit/Ausbildung und Freizeit einzubeziehen. Behandlungs-/Beratungsbedarfe und Entscheidungen über den Vollzugsverlauf, Lockerungen, Sanktionen etc. werden möglichst weitgehend zu Lasten sonst üblicher nivellierender Gleichbehandlung am einzelnen Gefangenen orientiert. Integrative Sozialtherapie lebt von der Mitarbeit des Personals und der Gefangenen. Es müssen Organisationsformen gefunden werden, die Zugänge zur Außenwelt eröffnen und erproben lassen [35]. Rehn und van den Boogaart weisen zudem darauf hin, dass die einschlägige Rückfallquote von Sexualstraftäter_innen mit ca. 20% relativ gering ist – rechnet man jedoch die nicht-einschlägigen Rückfälle mit hinzu, so liegt die Rückfallrate bei 60%. Dies muss als ein Beleg für die Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen sowohl im Justizvollzug als auch der Sozialtherapie anerkannt werden [32].

Grundsätzlich kann man sagen, dass die Sozialtherapie im Vergleich zum Regelvollzug zu einer geringeren Rückfälligkeit führt: Nach einigen Studien haben Menschen, die aus der Sozialtherapie entlassen werden, eine mehr als 10% geringere Rückfälligkeit als Menschen, die aus dem Normalvollzug entlassen werden. Für Straftäter_innen mit hoher Rückfallgefahr gilt die Sozialtherapie als wesentliches Instrument zur Senkung von Rückfälligkeit [36, 37]. Der Erfolg einer sozialtherapeutischen Behandlung hängt in vielen Fällen jedoch nicht zuletzt von der Nachsorge entlassener Gefangener ab. Unklar bleibt in der Therapiepraxis und auch in den Evaluationsarbeiten angesichts der fast ausschließlich männlichen Klientel, ob auch explizit männerspezifische Aspekte in den sozialtherapeutischen Einrichtungen zum Tragen kommen, inwieweit Therapeut_innen über männerspezifisches Wissen, Wissen über patriarchale Geschlechternormen und Einfühlungsvermögen verfügen, inwieweit geschlechtshomogene Behandlungsbeziehungen aufgebaut werden, bis hin zur Frage der Auswahl des Personals.

Ausgehend von der politisch angestrebten Problemlösung – eine bessere Resozialisierung durch eine Sozialtherapiepflicht für Sexualstraftäter mit hohem Rückfallrisiko – und angesichts der begrenzten Anzahl an Behandlungsplätzen stellt sich die Frage, wie die im Gesetzestext formulierte »Angezeigtheit« einer Sozialtherapie definiert wird und welche Selektionsprozesse bei der Belegung der vorhandenen sozialtherapeutischen Haftplätze zum Tragen kommen. Offen ist insbesonde-

re, ob spezifische Kriterien eine Verlegung von Sexualstraftäter_innen in die sozialtherapeutischen Anstalten bedingen und ob bei diesen ein erhöhtes Rückfallrisiko anzunehmen ist.

Seifert kommt in ihrer empirischen Analyse am Beispiel Sachsen-Anhalts zu folgenden Schlüssen:

> »Für die Zuweisung in die Sozialtherapie waren vor allem die Zugehörigkeit zur Delinquentengruppe der sexuellen Missbraucher und ein langes Strafmaß relevant. Andere Aspekte wie mehrere bzw. einschlägige Vordelikte, bereits vorhandene Hafterfahrungen oder junges Lebensalter bei Begehung der (ersten) (Sexual-)Straftat waren hingegen nicht ausschlaggebend. Die Wahrscheinlichkeit einer Verlegung in die Sozialtherapie war des Weiteren erhöht, wenn die Sexualstraftäter ausreichende Deutschkenntnisse mitbrachten, lesen und schreiben konnten, einen IQ-Wert von mindestens 75 hatten und keine psychiatrisch zu behandelnde Störung aufwiesen. Zudem erfolgte eine Aufnahme in die Sozialtherapie eher bei hoher Therapiemotivation und Tateinsicht« [29, S. 25f.].

Eine erfolgreiche und nachhaltige Problembearbeitung erfordere jedoch, dass die wenigen und teuren sozialtherapeutischen Haftplätze vor allem mit den Delinquenten belegt werden, die annahmegemäß diese besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen benötigen, um das Vollzugsziel Resozialisierung erreichen zu können:

> »[G]erade die schwierigen – insbesondere die ihr Delikt leugnenden und unwilligen – Straftäter und Täter, die einschlägig vorbestraft sind, schon früher inhaftiert waren oder sogar als Karrieretäter bezeichnet werden können, [sind] sozialtherapeutisch zu erreichen. Nur so ist zu verhindern, dass Sexualstraftäter mit hohem Rückfallrisiko ohne unzureichende Behandlung aus dem Vollzug entlassen werden, denn wenn keine Maßregel wie Sicherungsverwahrung ausgesprochen wurde, werden auch diese nach verbüßter Haftstrafe wieder in Freiheit kommen« [29, S. 25].

Seifert beschreibt, dass die Gefangenenauswahl für die sozialtherapeutischen Anstalten kaum dem gesetzlich angestrebten Ziel gerecht wird: Der Intention des Gesetzgebers vor allem uneinsichtige, tatverleugnende Täter mit einem erhöhten Rückfallrisiko zu behandeln wird also nur unzureichend gefolgt. Der Therapieauftrag für Sexualstraftäter_innen mit hohem Rückfallrisiko habe derzeit vor allem eine symbolische Funktion und sei in erster Linie ein Produkt des Wechselspiels zwischen Medien, Bevölkerung, Politik und staatlichen Instanzen. Er sei eine politische Reaktion auf die empfundenen Bedrohungsgefühle und das Sicherheitsbedürfnis der Öffentlichkeit, hinreichend effektiv sei er bislang kaum [29].

Wenn Sexualstraftäter_innen im Regelvollzug verbleiben, bilden sie zumeist die unterste Stufe der Gefangenensubkultur. Hier werden sie in der Regel unerbittlich – als extremes Spiegelbild des gesellschaftlichen Umgangs mit Sexualstraftäter_innen – unterdrückt und anders behandelt als andere Gefangene – nicht nur von Mitgefangenen, sondern auch haltungsmäßig von den Bediensteten [38]. Für die Professionellen im Strafvollzug (Bedienstete, aber vor allem das medizinische Personal) stellt es eine besondere Herausforderung dar, unabhängig und vor allem nicht emotional-gesteuert auf diese Gefangenen zuzugehen – wie auf Straftäter_innen mit anderem Hintergrund auch.

## Handlungsempfehlungen

### *Empfehlungen an die Politik*

Mit der Fokussierung auf den gesellschaftlichen Nahbereich (Familie, Bekannte) wird auch deutlich, dass eine besondere Sensibilisierung zum Schutze des Kindeswohls und der

sexuellen Selbstbestimmung allgemein angestrebt werden muss. Dies betrifft vor allem Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse in bestimmten Lebensrealitäten – diese müssen als solche stärker angesprochen werden. Unklar ist, wie neuere gesellschaftliche Entwicklungen (wie z. B. die »Pornografisierung«, aber auch eine wachsende Sensibilisierung gegenüber Übergriffen) auf die Vermeidbarkeit oder Entstehung von Sexualdelinquenz wirken.

Die öffentliche Debatte über Motive, (Erfolge der) Behandelbarkeit und einen allgemeinen Umgang muss versachlicht und fortwährend geführt werden – insbesondere müssen die Ergebnisse der Evaluationen sozialtherapeutischer Arbeit veröffentlicht und in Relation zu den gesellschaftlichen Kosten einer Nicht-Behandlung gesetzt werden.

Fest steht, dass die Behandlung von Sexualstraftäter_innen in sozialtherapeutischen Einrichtungen die Rückfallgefahren erheblich senken kann. Deshalb sollten möglichst vielen Sexualstraftäter_innen sozialtherapeutische Angebote gemacht bzw. eine Unterbringung geklärt werden. Die Diagnostik von Sexualstraftäter_innen und ihre Verlegung aus dem Normalvollzug in sozialtherapeutische Anstalten muss jedoch verbessert werden, aber auch bisher nicht genügend erreichte Straftäter_innen (wie z. B. Ersttäter_innen) sollten sozialtherapeutische Behandlungen erfahren.

## Fazit

Sexuelle Straftaten an Kindern und an Erwachsenen von Erwachsenen als kriminelle Abweichungen von Sexualität und Sexualmoral sind eine Realität und Herausforderung aller modernen Gesellschaften. Trotz einer stabilen bis rückläufigen Zahl der Sexualdelikte vermitteln vor allem Massenmedien ein spektakuläres und bedrohendes Szenario – insgesamt bleibt aber die Zahl gemessen an der Gesamtkriminalität über viele Jahre sehr gering. Sexualstraftäter_innen sind vor allem Männer, Opfer vor allem Frauen und Mädchen. Jedoch ist erst in den letzten Jahren ins öffentliche Bewusstsein gedrungen, dass auch Jungen und Männer Opfer von sexuellen Straftaten sind – sowohl von männlichen als auch von weiblichen Tätern oder beiden!

Sexuelle Übergriffe können nur im Kontext patriarchaler Gesellschaftsstrukturen und Machtverhältnisse erklärt werden, sowohl im Makro- als auch im Mikrobereich (z. B. Familie).

## Literatur


1 Frommel M. Vorbemerkung zu §§ 174ff. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paeffgen HU, [Hrsg.] Nomos Kommentar zum Strafgesetzbuch. Band 2. 4. Aufl., Baden-Baden: Nomos; 2013:1135–1143.

2 Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (Hrsg.). Strafgesetzbuch (StGB) – § 176 Sexueller Mißbrauch von Kindern. [zitiert am 4.7.2016]. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__176.html.

3 Unterstaller A. Was ist unter sexuellem Missbrauch zu verstehen? In: Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg.), Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e. V.; 2006.

4 Ostendorf H. Kriminalität und Strafrecht. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 2010:64.

5 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.). Opfer von Straftaten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Altersgruppen, Geschlecht, Tatabschluss, Straftaten(gruppen). 2016 [zitiert am 23.8.2016]. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/1/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.916/11697.

6 Bundesministerium des Inneren (Hrsg.). Polizeiliche Kriminalstatistik 2014 2015 [zitiert am 4.7.2016]. https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2016/pks-2015.pdf?__blob=publicationFile.

7 Lenz HJ. Wenn der Domspatz weiblich wäre – Über den Zusammenhang der Verdeckung sexualisierter Gewalt an Männern und kulturellen Geschlechterkonstruktionen. In: Mosser P, Lenz HJ (Hrsg.), Sexualisierte Gewalt gegen Jungen: Prävention und Intervention. Ein Handbuch für die Praxis. Wiesbaden: Springer VS; 2014:15–42.

8 Bundeskriminalamt (Hrsg.). Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2015 [zitiert am 4.7.2016]. https://w

ww.bka.de/DE/AktuelleInformationen/Statistiken Lagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2015/pks2015.html.

9 Kavemann B, Lohstöter I. Plädoyer für das Recht von Mädchen auf sexuelle Selbstbestimmung. In: Kavemann B, Lohstäter I, Pagenstecher L, Jaeckel M, Brauckmann J, Haarbusch E, Jochens K. Sexualität – Unterdrückung statt Entfaltung; Alltag und Biographie von Mädchen; Bd.9. Opladen: Leske+Budrich; 1985.

10 Wirtz U. Seelenmord – Inzest und Therapie. Kreuz-Verlag; 2011:22ff.

11 Kavemann B, Lohstöter I. Väter als Täter. Reinbeck: Rowohlt; 1984.

12 Statista GmbH (Hrsg.). Verurteilte Straftäter in Deutschland nach Straftatbeständen 2014. In: Statista-Das Statistik-Portal [zitiert am 4.7.2016]. http://de.statista.com/statistik/daten/studie/165835/umfrage/verurteilte-straftaeter-nach-straftatbestaenden-2009/.

13 Deutscher Bundestag. Bundestag entscheidet über »Nein heißt Nein«. 2016 [zitiert am 23.8.2016]. https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2016/kw27-ak-selbstbestimmung/433506.

14 Frauen-Notruf: Beratung für Frauen und Mädchen bei sexualisierter Gewalt e. V. (Hrsg.). Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Mädchen/Hintergründe. [zitiert am 4.7.2016]. http://www.frauennotruf-muenster.de/site/hintergrund.html.

15 Knorr- Anders E. Kein Vertrauen, immer Angst – Eine Vergewaltigung zerstört das Leben der Frau. Zeit online 26. Mai 1989 [zitiert am 4.7.2016]. http://www.zeit.de/1989/22/kein-vertrauen-immer-angst.

16 Steinhauer K.: Sexueller Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen – Die Begegnung mit Opfern und Tätern sexuellen Missbrauchs. Newsletter der Initiative für werteorientierte Jugendforschung. 2014;26.

17 S. I. E. – Solidarität, Intervention und Engagement für von Gewalt betroffene Frauen und Mädchen e. V. Frauennotruf Trier. http://www.frauennotruf-trier.de/index.php?id=54.

18 Gallwitz A, Paulus M. Grünkram – Die Kinder-Sex-Mafia in Deutschland. Hilden: Verlag Dt. Polizeiliteratur; 1998.

19 Heiliger A, Goldberg B. Schröttle M, Hermann, D. 10. Gewalthandlungen und Gewaltbetroffenheit von Frauen und Männern. In: Cornelißen W. (Hrsg.), Genderreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München: 2005.

20 Lenz HJ. Zwischen Men's Studies und männlicher Verletzungsoffenheit –. Zur kurzen Geschichte der Männerforschung in Deutschland. In: Penkwitt M (Hrsg.), Männer und Geschlecht. Freiburg im Breisgau: Fritz Freiburger GeschlechterStudien; 2007:41–77.

21 von Eichhorn C, Röhmel J. Sexueller Missbrauch durch Frauen: Verkehrte Lust. Spiegel online [zitiert am 4.7.2016]. http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sexueller-missbrauch-durch-frauen-verkehrte-lust-a-788332.html.

22 Kury H, Brandenstein M. Zur öffentlichen Wahrnehmung und Diskussion von Kriminalität. Kriminalistik. 2005;59:639–647.

23 Fischer T. Die Schutzlückenkampagne. 03.02.2015 [zitiert am 4.7.2016] Zeit online. http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2015-02/sexuelle-gewalt-sexualstrafrecht.

24 Böllinger, L. (2016): pers. Kommunikation.

25 Lenz HJ. Mann oder Opfer? Über Gewalt an Männern und ihre Bedeutung für das Helfersystem – auch im Suchtbereich. Erkundungen im Feld von männlicher Gewaltbetroffenheit und der Verdeckung männlicher Verletzbarkeit. In: Heinzen-Voß D. Stöver H (Hrsg.), Gender und Rausch – wie geht gendersensible Suchtarbeit? Lengerich: Pabst Publishers:157-182; 2016.

26 Schwarting F. Gender und Sucht – ein soziologischer Beitrag zu einer geschlechtsreflexiven Praxis in der Suchtkrankenhilfe [Dissertation].2006 [zitiert am 4.7.2016]. https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/binary/3O2M5MT3XAASHB4NG7RNY5BAYSRERAAF/full/1.pdf.

27 Schäfer I. Zusammenhänge zwischen Traumaerfahrungen und Suchtentwicklung bei Männern. In: Jacob J, Stöver H (Hrsg.), Sucht und Männlichkeiten – Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden:VS-Verlag; 2006:69–78.

28 Beelmann A, Heinemann K. (2011). Intergruppale soziale Einstellungen und der Zusammenhang zum Sozialverhalten von Grundschülern. Zeitschrift für Grundschulforschung. 2011;4:100–112.

29 Seifert S. Der Umgang mit Sexualstraftätern. Bearbeitung eines sozialen Problems im Strafvollzug und Reflexion gesellschaftlicher Erwartungen. Wiesbaden; VS-Verlag; 2014:25f.,31.

30 Wischka B. Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter und Nachsorge in einer sozialtherapeutischen Abteilung. In: Egg R (Hrsg.), Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen. Wiesbaden: KrimZ; 2004:89.

31 Marshall WL, Fernandez YM, Hudson SM. Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders, Heidelberg: Springer; 2013.

32 Spöhr M. Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation. Bundesministerium der Justiz; 2009 [zitiert am 4.7.2016]. http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/Sozialtherapie_von_Sexualstraftaetern_im_Justizvollzug.pdf.

33 Baulitz U, Driebold R, Eger HJ, Flöttmann U, Kober B, Kollwig M, Lohse H, Specht F. Integrative Sozialtherapie. Innovation im Justizvollzug. Bad Gandersheim: 1980.

34 Wischka B, Specht F. Integrative Sozialtherapie. Mindestanforderungen, Indikationen und Wirkfaktoren. In: Rehn G, Wischka B, Walter M (Hrsg.), Behandlung gefährlicher Straftäter. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus; 2001.

35 Rehn G, v. d. Boogaart H. Sozialtherapeutische Anstalten vor § 123. In: Feest J, Lesting W (Hrsg.), Strafvollzugsgesetz – Kommentar. 6. Auflage; Köln: Carl Heymanns; 2012:747ff.

36 Niemz S. Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug (Kriminologie und Praxis, Bd. 68). Kriminologische Zentralstelle. Wiesbaden: KrimZ; 2015.

37 Egg R, Pearson FS, Cleland CM, Lipton DS. Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland. Überblick und Meta-Analyse. In: Rehn G, Wischka B, Walter M (Hrsg.), Behandlung gefährlicher Straftäter. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus; 2001:321–347.

38 Wischka B, Pecher W, van den Boogaart H. Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Heidelberg: Springer; 2015.

39 Wikipedia. Sexueller Missbrauch von Kindern. http://wikipedia.org/wiki/Sexueller_Missbrauch_von_Kindern-cite-note-12 (07.02.2017).

# 5.6 Männliche Sexualität im Gefängnis

*Jens Borchert*

**Zusammenfassung**
Der vorliegende Artikel geht der Frage nach, inwieweit sich die Haftzeit auf das sexuelle Handeln von Männern auswirkt. Als Ausgangspunkt werden die aktuellen Rahmenbedingungen vorgestellt, wobei zunächst die gesetzlichen und organisatorischen Regelungen im Blickpunkt sind und anschließend die – freiwilligen und unfreiwilligen – Formen männlicher Sexualität, die in Haft möglich sind und stattfinden, dargestellt werden. Der Forschungsstand zu diesem Thema zeigt sich als nicht ausreichend. Es gibt nur wenige Untersuchungen, die Sexualität in Haft zum Thema haben. Sie basieren in der Regel auf einer kleinen Stichprobe, da eine größere Zahl Befragter durch strukturelle Besonderheiten für Erhebungen in Gefängnissen nicht erreicht werden konnten. Es können daher bislang keine generalisierbaren Aussagen getroffen werden. Es fehlen weiterhin Studien mit einer ausreichenden Teilnehmerzahl, die mittels geeigneten Methoden zu validen Ergebnissen kommen. Der Beitrag endet auf Handlungsempfehlungen, die einige Bedingungen zur Ermöglichung selbstbestimmter partnerschaftlicher Sexualität in Haft diskutieren und entsprechende Reflexion von Politik und Gesellschaft einfordern.

**Summary: Male Sexuality in prison**
This article ponders how duration of imprisonment may affect the sexual behavior of men. As an initial point, the actual framework is presented, consisting of firstly legal and organizational conditions and followed by voluntary and involuntary forms of male sexuality as far as they are possible and take place in detention. The state of research on this subject shows to be insufficient. There are only a few studies which tackle the sexuality in custody. Usually they are based on a small sample because a greater number of respondents couldn't be reached due to structural particularities existing for surveys in prison.

Therefore, generalizable statements cannot be made so far. Studies with a sufficient number of participants, using suitable methods for valid results, are still missing. At the end of the article recommendations for action are given, which discuss some conditions for a self-determined and fair sexuality in prison and which claim an adequate contemplation by politics and society.

---

## Ausgangslage

Die Auswirkungen von vollzugsbedingter Deprivation auf männliche Strafgefangene sind trotz einzelner Studienergebnisse weiterhin wenig erforscht. Dem Thema nahmen und nehmen sich im englischen [1] und deutschen Sprachraum [2, 3] mehrere Autor_innen an. Trotz einer gestiegenen Aufmerksamkeit bleiben Fragen zu Qualität und Quantität von konsensualen und erzwungenen sexuellen Handlungen unbeantwortet. Empirische Forschung steht vor der Schwierigkeit, einen schambesetzten Bereich in solchen Settings zu betrachten, der Aussagen der Befragten oder ihre Selbstzeugnisse zu objektivierbaren Kategorien generieren kann. Da in den Haftanstalten in Deutschland die Inhaf-

tierten für die meiste Zeit ihrer Unterbringung nach Geschlechtern getrennt untergebracht sind, stellen autoerotische Handlungen oder (einvernehmliche) homosexuelle/gleichgeschlechtliche Praktiken häufig die einzige Möglichkeit für die Gefangenen dar, ihre sexuellen Bedürfnisse in Haft zu befriedigen [3]. Langzeitbesuche bieten eine vollzugsorganisatorisch mögliche Form zu ungestörtem Zusammensein mit dem/der Ehepartner_in oder anderen einvernehmlichen heterosexuellen Kontakten, doch die Verfügbarkeit dieser Langzeitbesuchsräume ist in den Anstalten der Bundesrepublik relativ gering. Medial aufgegriffene Fälle von gewaltsamen sexuellen Handlungen, die teilweise einhergingen mit Körperverletzungen und Erniedrigungen von Inhaftierten und im Rahmen länger anhaltender Übergriffe teilweise zu Tötungen von Strafgefangenen führten, lenkten zudem das Augenmerk auf Fragen von (sexualisierter) Gewalt hinter Gittern [4].

## Gesetzliche und organisatorische Rahmenbedingungen

Der Vollzug der Freiheitsstrafe ist als Teil der Strafvollstreckung ein hoheitlicher Auftrag und wird in den Bundesländern in Justizvollzugsanstalten (JVAen) durchgeführt. Grundlage sind je nach Vollzugsart das bundeseinheitliche Strafvollzugsgesetz (StVollzG), die inzwischen in mehreren Ländern eingeführten Landesvollzugsgesetze oder bei der Strafvollstreckung an Jugendlichen und Heranwachsenden das Jugendgerichtsgesetz (JGG) und die Vollzugsgesetze für den Jugendstrafvollzug.

Bei allen Unterschieden in den vorliegenden normativen Bestimmungen zeigen die Vollzugsgesetze insgesamt eine Orientierung am Ziel der Erziehung der Inhaftierten. Für den Jugendstrafvollzug wird in den meisten Vollzugsgesetzen auf Landesebene das allgemeine Ziel formuliert, »den Gefangenen zu befähigen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen« [5]. Die Aufgabe des Schutzes der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten wurde in den Gesetzen für den Jugend- und Erwachsenenvollzug meist gleichrangig aufgenommen, teilweise wurde diese Regelung inzwischen wieder aufgehoben, teilweise wird die Schutzfunktion vorrangig benannt.

Die Gestaltungsmaximen des Strafvollzugs basieren auf den Grundsätzen der §§ 3 und 4 StVollzG und betonen die Prinzipien der Angleichung an die allgemeinen Lebensverhältnisse außerhalb des Strafvollzuges, das Wirken gegen schädliche Haftfolgen und den Eingliederungsgrundsatz. Somit sind wesentliche, allgemeine »Wegweiser« für die Ausgestaltung des Vollzugs formuliert [6]. Unabhängig von diesen Grundsätzen der Vollzugsgestaltung bleiben Fragen der Sexualität in Haft weitgehend unbeantwortet. Gerade für den geschlossenen Vollzug, der in Deutschland weiterhin der Regelvollzug ist, bleibt die fehlende Möglichkeit von einvernehmlichen sexuellen Handlungen für viele Gefangene ein zusätzliches Haftübel.

Inwieweit Fragen der sexuellen Bildung oder der Unterstützung der Entwicklung einer sexuellen Identität innerhalb der Gestaltungsgrundsätze möglich sind, wird von vielen Autor_innen meist nur am Rande diskutiert. Dass ein »Knastzölibat« [7] in der Regel einen für die Betroffenen belastenden Zustand und ein zusätzliches Haftübel darstellen, wird in der Literatur bejaht [2].

Fragen zur sexuellen Bildung in Haft werden hingegen selten diskutiert. Die Curricula der Gefängnisschulen schließen diese Themen nicht ein, sondern orientieren sich an den Lehrplaninhalten, die für das Erreichen eines Schulabschlusses relevant sind [8]. Sexualität ist eher Gegenstand in Einzelgesprächen mit Sozialarbeiter_innen und insbesondere mit den Psycholog_innen der Haftanstalten. Bei Sexualstraftätern im Rahmen von Trainingssituationen oder sozialtherapeutischen Angeboten beispielsweise zur Deliktaufarbeitung.

Die Belegungszahlen der Anstalten sind in den letzten Jahren rückläufig (siehe Tabelle 1).

*Tab. 1: Strafvollzug (2011–2014) – Strafgefangene nach Geschlecht, Alter und Art des Vollzugs, voraussichtliche Vollzugsdauer [9]*

| Strafgefangene nach Geschlecht, Alter und Art des Vollzugs, voraussichtliche Vollzugsdauer | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Strafgefangene/Vollzugsdauer | Stichtag jeweils 31. März | | | |
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Strafgefangene insgesamt | 60 067 | 58 073 | 56 641 | 54 515 |
| Nach dem Geschlecht | | | | |
| Männer | 56 746 | 54 765 | 53 433 | 51 419 |
| Frauen | 3 321 | 3 308 | 3 208 | 3 096 |
| Nach dem Alter | | | | |
| 14 bis unter 18 Jahre | 587 | 581 | 518 | 500 |
| 18 bis unter 21 Jahre | 3 110 | 2 916 | 2 748 | 2 341 |
| 21 bis unter 30 Jahre | 19 186 | 18 432 | 17 801 | 16 658 |
| 30 bis unter 50 Jahre | 29 536 | 28 494 | 27 837 | 27 191 |
| 50 Jahre und älter | 7 648 | 7 650 | 7 737 | 7 825 |
| Nach der Art des Strafvollzugs | | | | |
| Geschlossener Vollzug | 50 307 | 48 451 | 47 374 | 45 574 |
| Offener Vollzug | 9 760 | 9 622 | 9 267 | 8 941 |
| Freiheitsstrafe | 53 464 | 51 811 | 50 631 | 49 097 |
| Jugendstrafe | 6 099 | 5 796 | 5 518 | 4 910 |
| Sicherungsverwahrung | 504 | 466 | 492 | 508 |
| Nach der voraussichtlichen Vollzugsdauer | | | | |
| bis unter 3 Monate | 6 165 | 5 852 | 5 716 | 5 854 |
| 3 Monate bis einschließlich 1 Jahr | 19 876 | 19 180 | 18 835 | 18 345 |
| mehr als 1 bis einschließlich 5 Jahre | 26 273 | 25 680 | 25 065 | 23 583 |
| mehr als 5 bis einschließlich 15 Jahre | 5 201 | 4 864 | 4 539 | 4 272 |
| lebenslang | 2 552 | 2 497 | 2 486 | 2 461 |

Dennoch sind einige generalisierende Aussagen zu den Insassen der deutschen Anstalten möglich: Die meisten Inhaftierten sind männlich, zwischen 21 und 50 Jahre alt und verbüßen eine Freiheitsstrafe unter fünf Jahren.

## Formen männlicher Sexualität im Strafvollzug

Die Forschungen zeichnen ein uneinheitliches Bild der Zustände in Haft. Während Selbstzeugnisse wie beispielsweise die Gefangenenliteratur häufig von Inhaftierten publiziert werden, die meist für den Vollzug überdurchschnittliche Bildungsabschlüsse aufweisen [2], gestalten sich quantitativ verwertbare Forschungsvorhaben im geschlossenen Vollzug aufgrund des Zugangs [10] als schwierig. Wenn größere Stichproben der Inhaftierten mittels Fragebögen erreicht werden, zeigte sich in früheren Forschungen, dass teilweise der intellektuelle Zugang nicht bei allen Inhaftierten ausreichte, um die Fragen zu erfassen

und sinngerecht zu beantworten [11]. Schließlich stellt sich die Frage, inwieweit Antworten durch »Thematisierungstabus« oder »Selbstdarstellungsstrategien« [2] verzerrt werden.

Übereinstimmend geht die Forschung von einem Teil der Inhaftierten aus, der während der Haft keine sexuelle Aktivität zeigt. In der Untersuchung von Konrad Weller [11], der 353 Strafgefangene im DDR-Vollzug befragte, gaben 38% der Männer an, auf jegliche sexuelle Handlungen zu verzichten. Autoerotische Handlungen gaben in der Untersuchung von Weller etwa die Hälfte der Befragten an, wobei die Form der Unterbringung in großen, von zahlreichen Gefangenen belegten Hafträumen zu einem weitgehenden Fehlen von Privatsphäre und einer Form von Asexualität führen kann. Unklar ist, inwieweit die Antworten in den inzwischen vorherrschend mit Einzelhafträumen ausgestatteten Haftanstalten ausfallen würden, in denen häufig Fernsehapparate und häufig auch Zeitschriften mit sexualisierten Inhalten verfügbar sind [11]. Nicola Döring [2] weist darauf hin, dass Phasen sexueller Enthaltsamkeit auch außerhalb des Vollzuges nicht ungewöhnlich seien, und Barth [3] zeigt, dass ein erheblicher Teil der Gefangenen bereits vor der Inhaftierung allein lebte und teilweise keine festen Partner_innen hatten. In einer Darstellung von internationalen Studienergebnissen weist Barth unter anderem auf die Darstellung eines Nachlassens der Libido im Vollzug hin [10].

Verbreitet scheinen Handlungen zu sein, welche die Inhaftierten an sich selbst vornehmen. Masturbation wird in den Studien regelmäßig angegeben, teilweise unterstützt durch entsprechende Bilder oder hergestellte Accessoires, die die Handlungen unterstützen.

Einvernehmliche heterosexuelle Kontakte sind im Vollzug in der Regel nur in Form der sogenannter »Langzeitbesuche« möglich [12]. In separaten Besuchsräumen können die Inhaftierten ohne Beaufsichtigung und für eine längere Zeitdauer in einem ungestörten Bereich mit ihren Besucher_innen zusammen sein, wodurch sexuelle Handlungen möglich werden [10]. In der Literatur werden die Ergebnisse von Langzeitbesuchsprogrammen auf das Anstaltsklima als überwiegend positiv beschrieben [10], auch wenn es in Einzelfällen zu schweren Delikten in diesen Räumen kam, wie im Jahr 2010 in der JVA Remscheid, wo eine Angehörige ermordet wurde [13]. Infrage gestellt werden diese Formen der unbewachten Besuchsdurchführung durch Teile der Bediensteten und der Öffentlichkeit, wobei die Auffassung vertreten wird, dass ein Gefängnisaufenthalt eine Strafe sei und das Strafübel durch diese Vergünstigung fehle [14].

Konsensuale heterosexuelle Kontakte können zudem durch (verbotene) intime Beziehungen zwischen Bediensteten und den männlichen Inhaftierten entstehen [2]. Da ein Bekanntwerden solcher Handlungen für die Beteiligten erhebliche persönliche negative Konsequenzen hätte, ist zu erwarten, dass hierzu nur schwer valide Daten erhoben werden können.

Seit längerem wird in deutschen und internationalen Studien die Verbreitung von homosexuellen Kontakten zwischen inhaftierten Männern untersucht. Thomas Barth vermutet einen Anstieg homosexueller Handlungen bei längerer Inhaftierungsdauer [3, 10]. Insgesamt scheint in allen deutschen Haftanstalten ein Teil der Inhaftierten homosexuelle Kontakte zu pflegen. Inwieweit die sexuelle Orientierung bereits vor der Inhaftierung bestand oder als Anpassungsmechanismus auf die Haftsituation verstanden werden kann, ist umstritten. Teilweise nutzen offen homosexuell auftretende Gefangene asymmetrische Rollenmuster, in denen ein »männlicher« und ein »weiblicher« Part mit entsprechenden Aufgaben versehen wird. Der aktiv männlich auftretende Gefangene kann so im Gefängnis seine heterosexuelle Identität beibehalten, während lediglich der »weibliche« Inhaftierte »schwul« ist, der sich mitunter fraulich kleidet und frisiert und »weibliche« Aufgaben wie das Putzen des Haftraumes übernimmt [2].

Die sexuellen Kontakte zwischen Strafgefangenen können auch in Formen von Prostitution erfolgen. Diese dient häufig dem Beschaffen von inoffiziellen »Knastwährungen« wie Tabak, Kaffee oder Drogen, dem Erlangen von Schutz durch körperlich stärkere Gefangene oder dem Rückzahlen von Schulden [2, 15]. Die AIDS-Hilfe NRW vermutet für den Strafvollzug eine »nicht geringe« Zahl potenzieller Freier, auch wenn Homosexualität im Gefängnis tabuisiert und verächtlich dargestellt werde [15]. Inwiefern die Prostitution hinter Gittern eine Form von einvernehmlichen Sexualkontakten inhaftierter Männer repräsentiert, ist fraglich. Die vielfältigen Abhängigkeitsverhältnisse innerhalb des Zwangskontextes Strafvollzug lassen einzelnen Gefangenen keine Wahlmöglichkeit und die Prostitution bietet für sie den (alternativlosen) Zugang zu ansonsten nicht verfügbaren Waren.

Die Daten zum Ausmaß von Prostitution im Vollzug stehen im Widerspruch zu anderen Aussagen über das Sexualverhalten und weisen somit auf einen weiteren Forschungsbedarf zu dieser Frage hin. So vermutet Helen M. Eigenberg als Ergebnis einer Befragung unter Bediensteten eines Gefängnisses in den USA, dass sich etwa ein Viertel der Inhaftierten prostituiert. Die Fragen, ob dies freiwillig oder zur Erlangung von Schutz geschehe, wurden jeweils von 93% bejaht, obwohl die Aussagen im Widerspruch zueinanderstehen [16].

Angesichts der genannten Formen sexueller Kontakte stellt sich die Frage nach gesundheitlicher Prävention und der Maximierung des Infektionsschutzes. Das Risiko der Übertragung von Krankheiten wird durch die ungeschützte Ausübung bestimmter Sexualpraktiken oder die gemeinsame Nutzung von Spritzen erhöht. Die teilweise praktizierte Abgabe von Kondomen oder Spritzen ist dennoch in der Öffentlichkeit und unter den Bediensteten nicht unumstritten, teilweise wird ein »Sodom und Gomorrha« [15] hinter Gittern vermutet, welches dadurch noch verstärkt werde.

Problematisch ist der Zugang zum Forschungsfeld in der »totalen Institution« [17] des Gefängnisses. Der Vollzug beschränkt das autonome Handeln der Insassen allumfassend, Zeit und Raum werden separiert [18]. Die Institution erfüllt ihre Aufgaben des Überwachens und Strafens [19] mittels eines Systems von Maßnahmen, die den individuellen Bedürfnissen der Insassen in der Regel entgegenstehen und das eigene funktionale Bestehen gewährleisten. Dementsprechend erschaffen sich die Insassen eigene Räume, Hierarchien, sprachliche Codes usw., um ein Minimum an Individualität und Autonomie zu erlangen. Dieser Prozess der Anpassung wird als Subkultur bezeichnet. Sie sichert nach Erving Goffman als »Unterleben« der Institution das Überleben in diesem Zwangskontext. Mittels subkulturellen Handlungen eröffnen sich die Gefangenen Zugang zu den Dingen, die ihnen aufgrund von Sicherheits- oder anderen Fragen vorenthalten werden. In allen Gefängnissen finden sich offiziell verbotene Gegenstände und Verhaltensweisen. Unabhängig von den normativen Bestimmungen verfügen Insassen über ein Repertoire an Handlungen, um sich mit den Dingen zu versorgen, die sie benötigen [17].

Zugleich sind alle subkulturellen Aktivitäten verboten und mit einem Risiko für die Insassen verbunden. Die Institution gewährt lediglich im Fall von Wohlverhalten bestimmte Vergünstigungen und kann diese bei »Verfehlungen« wieder entziehen. Die Inhaftierten reagieren daher mit einem sogenannten »Zweckverhalten«, um sich des Wohlwollens der Verantwortlichen zu vergewissern [8]. Sie interpretieren ausgehend von den erlebten Anforderungen des Vollzuges alle an sie herangetragenen Wünsche und Aufgaben und bemühen sich darum, diesen Interpretationen gerecht zu werden. Die damit konfrontierten Mitarbeiter_innen der Behörde, der Fachdienste (insbesondere des Sozialdienstes und des Psychologischen Dienstes) oder der kriminologischen Dienste wissen daher häufig

nicht, ob der Gefangene gerade ein vermeintlich gefordertes Verhalten zeigt. So stehen alle Untersuchungen im Vollzug vor einem Dilemma, das die ohnehin vorliegenden Probleme von empirischer Sozialforschung hinsichtlich des Antwortverhaltens verstärkt.

Insgesamt erscheint der Vollzug als Ort, in dem es durch den erschwerten und für viele Inhaftierte unmöglichen Zugang zu einvernehmlichen heterosexuellen Kontakten zu einer Deprivation kommt, zu einem Gefühl von Benachteiligung [2]. Nach Döring führen die institutionellen Gegebenheiten zu Vereinsamung und Frustration, was den Vollzugsalltag letztlich belaste, da die Inhaftierten destruktive Verarbeitungsmuster zeigten. Inwieweit die sexuelle Deprivation in Haft letztlich zu einer temporären Orientierung an gleichgeschlechtlichen sexuellen Praktiken führt, ist in der Literatur umstritten [2].

Das destruktive Verhalten in Haft zeigt sich im sexuellen Bereich in Übergriffen auf Mitinhaftierte. Vor allem der Foltermord von Siegburg (2006) führte zu einer bundesweiten Aufmerksamkeit für Fragen von (sexueller) Gewalt hinter Gittern [4, 20, 21]. In einem mehrfach belegten Haftraum der JVA Siegburg hatten Inhaftierte einen anderen jungen Mann geschlagen, erniedrigt und sadistisch gequält, ihn vergewaltigt und schließlich getötet. In mehreren Studien wurde das Ausmaß der Gewalt hinter Gittern und damit auch das Ausmaß der sexuellen Übergriffe erhoben. Die Ergebnisse von Untersuchungen zeigen im Hellfeld (also auf der Basis von Aktenanalysen, in denen gemeldete Vorkommnisse erfasst wurden) ein hohes Gewaltniveau vor allem im Jugendstrafvollzug [22]. Eine Untersuchung aus dem sächsischen Jugendvollzug ergab für den Zeitraum von einem Jahr und neun Monaten insgesamt 94 aktenkundige Gewalttaten [23]. Das Dunkelfeld von Gewalthandlungen im deutschen Vollzug wurde in zwei Studien des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen und des Instituts für Kriminologie der Universität zu Köln erhoben [23]. Anhand von selbstberichteten Handlungen, die auf Basis eines Fragebogens ermittelt wurden, konnte in beiden Studien ein hohes Ausmaß von Gewalthandlungen im Jugendstrafvollzug Deutschlands gezeigt werden. Die Kölner Studie ermittelte, dass in den drei Monaten vor der Befragung etwa vier von fünf Inhaftierten sowohl Täter als auch Opfer waren. Hierbei wurde insbesondere physische Gewalt ausgeübt.

Physische Gewalt wird besonders im Männervollzug verbunden mit sexueller Erniedrigung der Opfer. Orale oder anale Penetrationen gegen den Willen der Opfer, das Einführen von Gegenständen in das Rektum, der Zwang gegenüber dem Opfer, Exkremente, verdorbene oder ungenießbare Speisen oder Erbrochenes zu sich zu nehmen und andere Formen von sexueller und physischer Demütigung gehören dazu. Diese sind im Rahmen von empirischer Sozialforschung in ihrem Ausmaß und der Qualität der Handlungen im Dunkelfeld kaum zu erheben. Häufig werden die Taten erst bekannt, wenn die Opfer aufgrund der Handlungen verstarben oder sie sich an das Personal der Anstalt wenden. Der Viktimisierung von Männern im Vollzug versucht man anstaltsintern durch die gesonderte Unterbringung von bestimmten Personengruppen wie Sexualstraftäter oder bereits zu Opfern gewordene Inhaftierte in separaten Stationen oder Gebäuden gerecht zu werden. Das schließt jedoch neuerliche Hierarchiebildungen in den separierten Bereichen nicht aus, wo aus einzelnen Opfern nunmehr Täter werden [23].

Zu den sexuellen Übergriffen im Vollzug zählen auch die quantitativ selten vorkommenden Übergriffe von Gefangenen auf Bedienstete [24]. Öffentlich diskutierte und medial aufbereitete Fälle von Vergewaltigungen im Vollzug geschahen beispielsweise in Celle im Jahr 1996, als ein Strafgefangener zunächst eine Sozialarbeiterin vergewaltigte und danach die Anstaltsleiterin, die sich als Ersatzgeisel angeboten hatte [24]. Seltener scheinen Über-

griffe von Bediensteten auf Inhaftierte stattzufinden. Die Untersuchung von Barth ergab einzelne Selbstauskünfte über meist verbale sexuelle Belästigung, allerdings wurde auch eine Vergewaltigung berichtet [10]. Die Gefangenen gaben in dieser Studie sehr häufig an, die betreffenden Übergriffe aus Scham oder aus Angst nicht gemeldet zu haben. Da jedoch die Anzahl der Befragten ausgesprochen gering war (die Frage zur Meldung von Vorfällen beantworteten lediglich 15 Inhaftierte), sind die Ergebnisse nicht generalisierbar, sondern sollten in weiteren Studien quantitativ und qualitativ überprüft werden.

## Handlungsempfehlungen

Sexualität ist in der Haft stark eingeschränkt. Während in der Öffentlichkeit diese Tatsache als eine legitime Haftfolge hingenommen wird, leiden viele Gefangene unter der Haft insbesondere unter dem Fehlen der Möglichkeiten, selbstbestimmt sexuelle Kontakte anzubahnen und durchzuführen und unter dem Setting des Zwangskontextes, der viele Lebensbereiche stark einschränkt. Die Frage nach Lösungen dieses Problems wird sehr unterschiedlich diskutiert. Einzelne Autoren verweisen darauf, dass der Vollzug an sich nicht zu reformieren sei und daher abgeschafft werden müsse [25, 26]. Sexualität und andere Formen des einvernehmlichen intimen Beisammenseins als menschliches Grundbedürfnis findet im Gefängnisalltag kaum geeignete Räume. Die Infantilisierung von jugendlichen und erwachsenen Männern (und Frauen) in Haft findet eben auch in der Negation sexueller Bedürfnisse ihren Ausdruck. Für den Jugendstrafvollzug ist derzeit zu konstatieren, dass die Zahlen der Jugendlichen deutlich rückläufig sind und ihr Anteil in vielen Jugendstrafanstalten gering ist. Hier werden häufig Haftstrafen an Heranwachsenden über 18-jährigen Menschen vollstreckt. So scheint der Strafvollzug als ultima ratio, als letzte mögliche Konsequenz und somit als Ausnahme juristischer Reaktion auf deviantes/abweichendes Verhalten von Jugendlichen geworden zu sein. Eine Abschaffung des Vollzuges für Heranwachsende und erwachsene Männer steht nicht bevor, sodass die Fragen des Umgangs mit männlicher Sexualität in dieser Institution weiterverhandelt werden müssen.

Als gangbares, aber in Einzelfällen risikobehaftetes Instrument erscheint der Langzeitbesuch. Aus Sicht der Vollzugsbediensteten birgt die unüberwachte Zusammenkunft von Menschen im Vollzug allerdings erhebliche Risiken, die nicht nur in tätlichen Übergriffen, sondern auch im unerlaubten Einbringen von verbotenen Sachen wie Drogen bestehen. Positive soziale Effekte eines Langzeitbesuches werden deshalb häufig durch sich anschließende körperliche Durchsuchungen wieder zunichtegemacht.

Im Sinne der vollzuglichen Gesundheitsprävention ohne eventuelle Stigmatisierungen sollte die anonyme Abgabe von Kondomen ermöglicht werden. Begleitet werden kann diese Abgabe von Aufklärungsinitiativen. Angesichts der diagnostizierbaren Bildungsdefizite vieler Strafgefangener sind auch Defizite im Bereich der sexuellen Bildung wie möglicher Infektionsrisiken festzustellen. Entsprechende Programme in den Anstalten können hier ansetzen und zum Gesundheitsschutz beitragen. Dabei erscheint es sinnvoll, von einem salutogenetischen Ansatz auszugehen. Salutogenese bezeichnet das Konzept, eher die Prozesse der Entstehung von Gesundheit (als von Krankheiten) zu betrachten [13]. Eine entsprechende Aus- und Weiterbildung von Bediensteten in den Anstalten erscheint erforderlich [10]. Hier sind vor allem die Landesjustizverwaltungen aufgefordert, die entsprechenden Angebote vorzuhalten.

Die Möglichkeit, Männer und Frauen im Strafvollzug gemeinsam unterzubringen und somit den Vollzug in dieser Hinsicht an die Realität außerhalb der Gitter anzugleichen, scheitert in der Realität häufig an Fragen der Sicherheit und des Schutzes der Frauen. Befürchtet werden

Prostitution, Scheinehen oder andere Formen des Zusammenlebens, die Frauen in besondere Abhängigkeitsverhältnisse bringen und die institutionell kaum zu verhindern wären [27].

Um alle Belange der Zwangssituation zu minimieren, bieten sich Vollzugslockerungen an. Die Vollzugsgesetze sehen begleitete oder unbegleitete Möglichkeiten des Verlassens der Anstalten (z. B. unbegleitete Ausgänge, begleitete Ausführungen oder den offenen Vollzug) vor, wenn keine Missbrauchsgefahr besteht. Hierzu zählt der Gesetzgeber insbesondere, dass die Lockerungen nicht benutzt werden dürfen, um neue Straftaten zu begehen. Die Möglichkeiten zu Ausgängen, Ausführungen oder sogar Urlaub aus der Haft werden unterschiedlich stark restriktiv eingeschränkt. Da ein Verhalten niemals mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, wird die von den inhaftierten Männern beantragte Lockerungen häufig aufgrund von Sicherheitsbedenken abgelehnt. Denkbar wäre ein Stufenmodell der Haft, das zu einem verantwortungsvollen Lockerungsmanagement führt. Torsten Klemm schlägt vor, den verantwortlichen Anstaltsleitungen entsprechende Anreizsysteme zuzugestehen, »die den Grad der Bemühungen um Resozialisierung messbar als Erfolgskriterium definieren« [27]. Spektakuläre Einzelfälle von missbräuchlich genutzten Lockerungen, die teilweise zu gravierenden Straftaten führten, tragen zusätzlich dazu bei, im Zweifel gegen eine Lockerung zu entscheiden. Ein Strafvollzug in freien Formen ist derzeit kaum eingerichtet. Diese Vollzugsorganisation verzichtet auf Mauern und die sonstigen äußerlich wahrnehmbaren Sicherheitsanlagen. Die nötige innere Sicherheit wird durch klare Strukturen hergestellt, sodass auch hier fraglich ist, inwieweit sich Räume finden (sollen), in denen selbstbestimmte sexuelle Aktivitäten durchgeführt werden können. Die Anzahl derartiger Projekte ist derzeit noch marginal, in Sachsen gibt es für Jugendliche ein solches Projekt, in Baden-Württemberg sind es zwei. Für erwachsene Inhaftierte ist diese Vollzugsform im Moment nicht vorhanden.

Die Politik ist dazu aufgerufen, Vollzugsformen in anderen (west-)europäischen Ländern zur Kenntnis zu nehmen, in denen eine Einweisung in den offenen Vollzug die Regel ist und in denen vor allem eine familienfreundliche Vollzugsgestaltung angestrebt wird [28].

Da Strafvollzug in der gesellschaftlichen Wahrnehmung nicht nur den gesetzlichen Auftrag der Wiedereingliederung (Resozialisierung) zu erfüllen hat, sondern sein Strafcharakter eine Generalprävention befördern soll, finden die Belange von Inhaftierten meist keinen Adressaten, der dies konsequent ändern möchte. Strafvollzug soll in der öffentlichen Meinung mehr/primär strafen, dazu wird die Einschränkung der Sexualität gern in Kauf genommen. Gerhild Heuer zitierte schon 1978 die Bemerkung, Strafgefangene sollten arbeiten und nicht bumsen [14].

Da die Formen männlicher Sexualität weiterhin nicht in einem Maße erfasst sind, das qualitativ und quantitativ stichhaltige und generalisierbare Aussagen zulässt, muss der unzureichende Forschungsstand kritisiert und vor allem behoben werden. Geeignete differente/unterschiedliche Formen des Zugangs in die Anstalten sind ebenso nötig wie triangulative Vorgehen, also der Einbezug ganz unterschiedlicher Methoden. Nur so können Aussagen getroffen werden, die den Einzelfall ebenso im Blick behalten wie sie Kategorien von Handlungen und quantitative Aussagen erstellen können.

## Literatur


1 Gibson LE, Hensley C. The Social Construction of Sexuality in Prison. Prison Journal. 2013;(93)3:355–370.
2 Döring N. Sexualität im Gefängnis: Forschungsstand und –perspektiven. Zeitschrift für Sexualforschung. 2006;19:315–333.
3 Barth T. Sexualität und Partnerschaftliche Bedürfnisse inhaftierter Männer – noch immer ein Tabu im deutschen Strafvollzug? Forum Strafvollzug. 2015; (64) 5: 332–338.

4 Hinz S, Hartenstein S. Jugendgewalt im Strafvollzug. ZJJ Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe. 2010;21:176–182.
5 Ostendorf H. Jugendstrafvollzugsrecht. Baden-Baden: Nomos Verlag; 2009.
6 Markert S. Der bayerische Jugendstrafvollzug in Theorie und Praxis. Frankfurt/Main: Lang; 2012.
7 Stehmeier M. Knastzölibat. Sexuelle Identität und Aktivität im Gefängnis. Forum Recht. 2012;(12)1:8–10.
8 Borchert J. Schule und Sozialarbeit im sächsischen Strafvollzug. Leipzig: Universitätsverlag; 2007.
9 Statistisches Bundesamt. Strafvollzug. Wiesbaden 2016 [zitiert am 28.6.2016]. http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Rechtspflege/Tabellen/Strafgefangene.html.
10 Barth T. Partnerschaft und Sexualität inhaftierter Männer im deutschen Strafvollzug Dissertation. Berlin: 2015.
11 Weller K. Sexualität und Partnerschaft von Strafgefangenen Forschungsbericht. In: Gesellschaft für Sexualwissenschaft, Forschungsstelle für Partner und Sexualforschung (Hrsg.), Leipziger Texte zur Sexualität. H. 2. Leipzig: Manuskriptdruck; 1992.
12 Preusker H. Langzeitbesuche in deutschen Gefängnissen. Forum Strafvollzug. 2008;(57)6:255–256.
13 Petzold T D. Gesundheit ist ansteckend: Praxisbuch Salutogenese. München: Irisianaverlag; 2013.
14 Heuer, G. Problem Sexualität im Strafvollzug. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 1978.
15 AIDS-Hilfe NRW e. V. AIDS und Justizvollzug – brisante Themen für die Ausbildung. Köln: 2001.
16 Eigenberg, HE. Correctional Officers and their Perceptions of Homosexuality, Rape, and Prostitution in Male Prisons. Prison Journal 2000;(80)4:415–433.
17 Goffman E. Asyle. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1973.
18 Kersten J, Wolffersdorff C. Jugendstrafe. Innenansicht aus dem Knast. Frankfurt/Main: Fischerverlag; 1980.
19 Foucault M. Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1976.
20 Neubacher F, Oelsner J, Boxberg V, Schmidt H. Gewalt und Suizid im Strafvollzug – Ein längsschnittliches DFG-Projekt im thüringischen und nordrhein-westfälischen Jugendstrafvollzug. Bewährungshilfe. 2011;(58)2:133–146.
21 Baier D, Bergmann, MC. Gewalt im Strafvollzug – Ergebnisse einer Befragung in fünf Bundesländern. Forum Strafvollzug. 2013;(62)3:76–83.
22 Goerdeler J. Gewalt im Strafvollzug. In: Puschke J (Hrsg.), Strafvollzug in Deutschland. Strukturelle Defizite, Reformbedarf und Alternativen. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag; 2011:116–134.
23 Ernst A. Gewalt im Jugendvollzug. In: Schweder M (Hrsg.), Handbuch Jugendstrafvollzug. Weinheim: Beltz-Juventa; 2015:437–451.
24 Bennefeld K. Die Geisel. Hamburg: Kabelverlag; 1998.
25 Nickolai W. Plädoyer zur Abschaffung des Jugendstrafvollzugs. In: Schweder M (Hrsg.), Handbuch Jugendstrafvollzug. Weinheim: Beltz-Juventa; 2015:817–827.
26 Matthiesen T. Überwindet die Mauern. Bielefeld: AJZ-Verlag; 1993.
27 Klemm T. Liebesbedürfnis und Sexualität im Gefängnis. Mythen, Fakten, Hintergründe. Leipzig: Leipziger Wissenschaftsverlag; 2015.
28 Knapp N. Von den Dänen lernen? Perspektiven für eine familienorientierte Vollzugsgestaltung in Schleswig-Holstein. Forum Strafvollzug. 2014;(63)3:63–166.

# *Kapitel 6*

## Resümee

# Überblick über den vorliegenden Bericht

*Theodor Klotz*

Der vorliegende *Dritte Deutsche Männergesundheitsbericht* mit Fokus auf der »Sexualität von Männern« stellt die erste umfassende und interdisziplinäre deutschsprachige Zusammenstellung verschiedener Aspekte männlicher Sexualität dar. Naturgemäß lassen sich durch einen solchen Bericht zwar viele Fragen beantworten und Handlungsempfehlungen geben, jedoch eröffnen sich gleichzeitig neue Fragestellungen. Bei der Erstellung des Berichts, die sich über ein Jahr erstreckte, wurde für die Herausgeberinnen und Herausgeber klar, dass der Forschungsbedarf im Bereich männlicher Sexualität immens ist. Die Herkulesaufgabe, einen interdisziplinären Ansatz umzusetzen und eine gemeinsame Sprachfindung zu erreichen, ist uns geglückt. Begleitet war sie von gutem Austausch und engagierter Diskussion.

Das Besondere dieses Berichts ist seine Interdisziplinarität. Die Beiträge verbinden soziologische und pädagogische, gesundheitswissenschaftliche und medizinische Themen und schließen Randbereiche der männlichen Sexualität ein.

Der Bericht teilt sich in fünf Abschnitte, wobei mit historischen Aspekten und Begriffsdefinitionen begonnen wird. Der nächste Abschnitt befasst sich mit der sexuellen Gesundheit im Lebenslauf, gefolgt von einem Kapitel mit Beiträgen, die den uns wichtigen Aspekt »heterogene Männlichkeiten« in den Blick rücken. Nach den darauffolgenden medizinisch-organischen Betrachtungen männlicher Sexualität, werden im letzten Abschnitt Aspekte zur Sexualität im Grenzbereich und zu Sexualstraftaten bearbeitet.

*Martin Dinges* leitet den Bericht mit einer historischen Analyse zur Entwicklung der »Sexualkultur« in Deutschland in fünf Zeitabschnitten (1933–2016) ein. Hier wird deutlich, dass die Kommerzialisierung mithilfe der modernen Medien im Zeitverlauf stark zugenommen hat. Insgesamt zeigt die historische Betrachtung, dass in den letzten Jahren eine Reihe von Liberalisierungen im Bereich männlicher Sexualität aufgetreten sind, jedoch auch die fundamentalistische Kritik zu gerade diesen Liberalisierungen zunimmt.

*Nicole Döring* liefert eine aktuelle Gesamtschau auf männliche Sexualität. Sie beschreibt, dass der aktuelle Forschungsstand noch lückenhaft ist und männliche Sexualität im öffentlichen Diskurs entweder demotivierend oder stereotypisierend dargestellt wird. Sie gibt Handlungsempfehlungen zur Förderung der sexuellen Gesundheit, die sich an Wissenschaft, Medien und Politik richten.

Eine Begriffsdefinition zur »sexuellen Gesundheit« erfolgt von *Heinz-Jürgen Voß* und *Doris Bardehle*, die Handlungsansätze aufzeigen, wie gesellschaftliche Konzepte zur sexuellen Gesundheit in Deutschland zukünftig entwickelt werden sollten. Weiterhin zeigt sich ein deutlicher Nachholbedarf bezüglich der Etablierung von sexualwissenschaftlichen Studiengängen.

Naturgemäß muss sich ein Bericht über männliche Sexualität mit allen Altersklassen beschäftigen. Aus diesem Grund liegt ein Schwerpunkt in der Arbeit von *Günther Neubauer* in der Beschreibung der sexuellen Ge-

sundheit von Jungen bis zur Pubertät. Hier zeigt sich, dass es an Praxisprojekten oder informativen Ansätzen für eine explizit jungenbezogene Förderung der sexuellen Gesundheit in Deutschland noch mangelt.

Ein in den letzten Jahren kontrovers diskutiertes Thema, die »rituelle Beschneidung bei Jungen«, wird von *Heinz-Jürgen Voß* im Rahmen der deutschen »Beschneidungsdebatte« dargestellt. Die öffentliche Diskussion ist hier noch keineswegs abgeschlossen, auch wenn der Gesetzgeber eine Stellungnahme bzw. Handlungsanweisung gegeben hat.

In der Arbeit von *Reinhard Winter* werden Indikatoren entwickelt, die zukünftig als Merkmale zur Erhebung der sexuellen Gesundheit speziell von männlichen Jugendlichen dienen können.

Das Thema Homosexualität wird von *Stefan Timmermanns* bearbeitet. Es wird dargestellt, dass vielseitige Rollenvorbilder vor allem für Jungen und Männer die Identitätsentwicklung und das Selbstbewusstsein unterstützen. Der Beitrag zeigt außerdem »Best Practice«-Beispiele in Bildung, Schule, Jugend und Sozialarbeit auf.

*Thomas Viola-Rieske* und *Bernard Könnecke* beschreiben in ihrem Beitrag Grundlagen sexualpädagogischen Arbeitens mit männlichen Kindern und Jugendlichen, wobei die vorherrschenden Männlichkeitsnormen kritisch reflektiert werden. Dies ist vor allem dann relevant, wenn die Entwicklung einer lustvollen, partnerschaftlichen und befriedigenden Sexualität durch diese Normen behindert wird.

Die Sexualität des mittleren Lebensalters ist gemeinhin das, was in der öffentlichen Diskussion am ehesten reflektiert wird. Hier zeigt *Kurt Starke*, dass zwischen Sexualität, Wohlbefinden und Gesundheit positive Wechselwirkungen bestehen. Die größte Sexualaktivität erfolgt in der lebensmittigen männlichen Bevölkerung bei Männern in fester und emotional stabiler Partnerbeziehung.

Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Sexualität von behinderten Männern dar. Dieser Aspekt wird von *Michaela Katzer, Theodor Klotz* und *Doris Bardehle* bearbeitet, wobei betont werden muss, dass es sich hier um eine knappe und geraffte Bestandsaufnahme von Facetten der Sexualität von behinderten Männern handelt. Erweitert wird das Thema von *Udo Sierck*, der unter anderem Beratungsansätze und praktische Lösungen beschreibt und aufzeigt, dass »Sexualität und Behinderung« gesellschaftlich nicht mehr als Problemfall betrachtet werden sollte.

*Kurt Seikowski* zeigt, wie sich zwischen den Geschlechtern im höheren Alter das Verhältnis zur Sexualität tendenziell eher annähert. Es werden spezifische Besonderheiten der Sexualität im Alter beschrieben, die in Anregungen für Beratung und Therapie münden.

Ein wichtiges aktuelles Thema wird durch *Farid Hashemi, Torsten Linke* und *Heinz-Jürgen Voß* bearbeitet, es befasst sich mit der sexuellen Gesundheit von Männern unter den Aspekten von Migration und Flucht. Der Beitrag hebt insbesondere auf den Ausbau von intrakulturellen Angeboten ab und empfiehlt, die Selbstorganisationen von Migrant_innen in die Entwicklung von Angeboten einzubeziehen.

*Harald Stumpe* beschreibt sexuelle Varianten. Als Ausgangspunkt nutzt er – innovativ – Bisexualität, um sie dann in den Kontext mit den beiden Monosexualitäten Heterosexualität und Homosexualität zu setzen. Stumpe betont, dass das salutogenetische Denken nach Aaron Antonovsky auch für sexuelle Fragestellungen gilt und es nicht nur um den klassischen Krankheitsbegriff in Bezug auf Sexualität gehen kann – und schließt so an den Beitrag von Bardehle und Voß zu »sexueller Gesundheit« an.

*Talke Flörcken* befasst sich mit Männern und Männlichkeit im Hinblick auf Asexualität, ein Thema, das bisher kaum im öffentlichen Diskurs steht. Flörcken empfiehlt, dass die Akzeptanz und der Abbau von Diskriminierung von asexuellen Menschen gefördert werden sollten.

Ein in den letzten Jahren an Bedeutung zunehmendes Thema ist die Gesundheits-

versorgung von Trans-Männlichkeiten, welches von *Arn Sauer* und *Annette Güldenring* aufgearbeitet wird. Sie stellen dar, wie das bisher eher psychopathologisierende Gesundheitssystem in Deutschland adaptiert werden könnte, um auch Trans-Männlichkeiten besser gerecht werden zu können.

Von *Katinka Schweizer* wird das Thema Gesundheitsversorgung und Intergeschlechtlichkeit in Bezug auf Männlichkeiten behandelt, wobei insbesondere die Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Intersexualität unter Beachtung politischer und juristischer Aspekte bemerkenswert sind.

Variationen der Sexualität im Sinne von BDSM – der Begriff setzt sich aus den Anfangsbuchstaben der englischen Bezeichnungen Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism zusammen – beschreibt die Autorin *Kirstin Linnemann*. Der Text gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu den verschiedenen Erlebensformen von BDSM. Die Arbeit plädiert weiterhin für einen Ausbau von sexual- und sozialwissenschaftlicher Forschung rund um das Thema BDSM.

Ebenso relevant für die männliche Sexualität ist der Beitrag von *Anja Drews*, der sich mit »Sextoys« und deren Bedeutung und Anwendung beschäftigt. Die Fixierung auf die genitale Sexualität baut immensen Druck auf. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Verwendung von »Sextoys« von diesem Druck entlasten kann, gerade bei sexuellen Problemen rund um Penis und Erektion. »Sextoys« könnten zu einer Steigerung der Beziehungszufriedenheit und damit ganz allgemein zur Steigerung der Lebensqualität führen.

Die Beiträge über medizinisch-organische Aspekte der Sexualität wurden von *Michael Mathers, Carl-Phlipp Meyer* und *Theodor Klotz* erstellt. Betrachtet werden hier vor allem die organischen Grundlagen der männlichen Sexualität, die spezifische Hormonsituation sowie die häufigen organischen Sexualstörungen (erektile Dysfunktion, Ejaculatio praecox). Einzelne Therapieoptionen werden ebenfalls kurz beschrieben. Klar wird, dass die Grundlagenforschung in den letzten Jahren hier sehr weit vorangeschritten ist und über die organischen Voraussetzungen der männlichen Sexualfunktionen mittlerweile weitreichende Kenntnisse vorliegen.

Der wichtige Punkt Sexualstörungen bei psychischen Erkrankungen wird von *Michael Hettich* aufgearbeitet. Der Beitrag beschreibt, dass hier noch Weiterbildungsbedarf bei den Behandlerinnen und Behandlern besteht. Es wird empfohlen, in der Ausbildung medizinischer und (psycho-)therapeutischer Berufe einen stärkeren Fokus auf diese Problematik zu legen.

Die Bedeutung von sexuell übertragbaren Infektionen und ihr Einfluss auf die Männergesundheit wird von *Matthias Stiehler* behandelt. Er betont, dass gerade bezogen auf die Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen eine geschlechtsspezifische Ansprache nötig ist, die die Lebenswelten von Männern im Blick hat.

*Aisha-Nusrat Ahmad* und *Phil C. Langer* beschäftigen sich mit chronischen Erkrankungen und Männlichkeit. Hier wird die Notwendigkeit einer intersektionalen Betrachtungsweise für chronische Erkrankungen im Bereich Sexualität und das Männlichkeitsverständnis betroffener Männer dargelegt. Klar wird, dass bisher nur relativ wenige Erkenntnisse darüber vorliegen, wie soziokulturell unterschiedliche Bilder von Männlichkeit im Kontext chronischer Erkrankungen wirksam sind.

*Sabine Andresen* beschreibt das schwierige Thema »Kindeswohlgefährdung« sowie die Datenlage zu »Hilfen zur Erziehung«. Der Beitrag geht auf das Konzept des Kindeswohls und der Kindeswohlgefährdung ein. Weiterhin werden vier handlungsleitende Perspektiven skizziert.

Verschiedene Sichtweisen auf sexualisierter Gewalt und sexualisierte Grenzüberschreitung stellt *Elisabeth Tuider* dar, wobei sie sich stark macht für eine »Kultur des Hinsehens

und Hinhörens«. Wichtig ist ihr ein »entselbstverständlichender« Blick auf Männlichkeit und Gewalt.

Das ebenfalls sehr schwierige Thema Jungen und junge Männer mit sexuell übergriffigem Verhalten, verbunden mit oft eigener Missbrauchserfahrung, wird von *Torsten Kettritz* dargestellt. Es werden Zusammenhänge zwischen Opfererfahrung und Täteranteilen mit der notwendigen Differenziertheit unter der Berücksichtigung von Reviktimisierungsrisiken thematisiert. Deutlich wird, dass dieser Bereich einer Vielzahl von soziokulturellen und tagespolitischen Einflüssen unterliegt.

*Tillmann H. C. Krüger, Henrik Walter, Klaus M. Beier, Jorge Ponseti, Boris Schiffer* und *Martin Walter* haben das Thema »Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch« aus einem neurowissenschaftlichen und psychologischen Blickwinkel beleuchtet. Es zeigt sich, dass dieser Bereich ein Forschungsschwerpunkt für die nächsten Jahre sein muss. Den Autoren ist wichtig, dass der deliktorientierte Ansatz verlassen wird und es zu einem ganzheitlichen Ansatz kommt.

Der gesellschaftliche Umgang mit Sexualstraftätern wird von *Heino Stöver* bearbeitet. Er zeigt, dass die Behandlung von Sexualstraftätern und Straftäterinnen in sozialtherapeutischen Einrichtungen die Rückfallgefahren deutlich senkt. Die daraus folgenden Handlungsempfehlungen werden den Leserinnen und Lesern unmittelbar einleuchten.

Abschließend zeigt das Thema »männliche Gesundheit im Gefängnis« von *Jens Borchert* die Problematik von Sexualität in Haftsituationen. Dies stellt zweifellos ein Tabuthema dar. Es liegen hier allenfalls sporadische Untersuchungen vor. Der Beitrag endet mit Handlungsempfehlungen, die einige Bedingungen zur Ermöglichung partnerschaftlicher Sexualität in Haft diskutieren und eine entsprechende Reflexion von Politik und Gesellschaft einfordern.

Diese Kurzbeschreibung der Beiträge des vorliegenden *Dritten Deutschen Männergesundheitsberichts* mit dem Fokus auf der »Sexualität von Männern« zeigt, wie weit der Rahmen gespannt wurde. Allerdings sind viele Themen noch unbearbeitet geblieben, exemplarisch sei beispielsweise das Thema Verhütung genannt. Sowohl in den sozialwissenschaftlichen als auch in den eher medizinischen-organischen Aspekten besteht diesbezüglich ein hoher Forschungsbedarf. Sexualität stellt ein Thema dar, welches seit Jahrzehnten breit in den Medien und in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Gleichzeitig werden viele Bereiche der Sexualität in unserer Gesellschaft tabuisiert und sind nicht reflektiert.

Wir hoffen, dass dieser Bericht, der in allen Beiträgen Handlungsempfehlungen bereitstellt, als Informationsbasis für Entscheidungsträger dient und – dies wäre unser größter Wunsch – die Forschung und Lehre sowohl im sozialwissenschaftlichen und pädagogischen als auch im gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Bereich befeuert.

Vielleicht wissen wir in fünf Jahren mehr und es folgt dann ein aktualisierter erneuter Männergesundheitsbericht zur Sexualität von Männern. Ein regelmäßiges Berichtswesen sowohl über die Sexualität von Männern und Frauen wie auch über Intergeschlechtlichkeit ist die Basis einer fundierten Diskussion für die Zukunft.

# *Anhang*

# Autorinnen und Autoren

Cand. PhD Aisha-Nusrat Ahmad, M. A. (Soziologie, Politologie, Kulturanthropologie und Europaethnologie)
*Ausgeübte Tätigkeit:* Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der International Psychoanalytic University Berlin (IPU)
*Adresse:* IPU Berlin, Stromstr. 3b, 10555 Berlin
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* HIV, Alter & Migration; Religion & Queer Studies; Friedens- und Konflikt-Forschung.
*E-Mail:* aisha-nusrat.ahmad@ipu-berlin.de

Prof. Dr. Sabine Andresen
*Ausgeübte Tätigkeit:* Professur für Sozialpädagogik und Familienforschung, Goethe Universität Frankfurt a. M., Fachbereich Erziehungswissenschaften
*Adresse:* Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Erziehungswissenschaften
Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung, Theodor-W.-Adorno-Platz 6, D-60323 Frankfurt am Main
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Kindheits- und Jugendforschung, Familienforschung, Geschichte der Sozialpädagogik, Historische Bildungsforschung, Internationale Reformpädagogik, Geschlechterforschung
*Publikation:* Andresen S, Gade JD & Grünewalt K (Hrsg.). Prävention sexueller Gewalt in der Grundschule. Erfahrungen, Überzeugungen und Wirkungen aus Sicht von Kindern, Eltern, Lehr- und Fachkräften. Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2015.
*E-Mail:* s.Andresen@em.uni-frankfurt.de

Prof. Dr. sc. med. Doris Bardehle
*Ausgeübte Tätigkeit:* Koordinatorin des Wissenschaftlichen Beirates der Stiftung Männergesundheit Berlin, Editorin des Männergesundheitsberichtes »Sexualität des Mannes«
*Adresse:* Stiftung Männergesundheit, Claire-Waldoff-Str. 3, D-10117 Berlin
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Männergesundheit, Public Health, Gesundheitsstatistik
*Publikation:* Bardehle D, Dinges M, White A. Was ist Männergesundheit – Eine Definition. DOI http//:dx.doi.org/10.1055/s-0035-1564077. Gesundheitswesen 2015;77:1–10.
Bardehle D: Subjektive Gesundheit und Krankheitslast von Senioren. Urologe 2015, 54:1717–1724. DOI 10.1007/s00120-015-4005-y.
*E-Mail:* bardehle@stiftung-maennergesundheit.de

Prof. Dr. med. Klaus M. Beier
*Ausgeübte Tätigkeit:* Professor für Sexualmedizin
*Adresse:* Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstr. 57, D-10117 Berlin
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Forensische Sexualmedizin; Modulverantwortlicher für das Modul »Sexualität und endokrines System« im Modellstudiengang Medizin der Charité
*Publikation:* Beier KM, Oezdemir UC, Schlinzig E, Groll A, Hupp E & Hellenschmidt T. »Just dreaming of them«: The Berlin Project for Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ). Child Abuse & Neglect 2016, 52, 1–10.
*E-Mail:* klaus.beier@charite.de

Prof. Dr. phil. Jens Borchert
*Ausgeübte Tätigkeit:* Professor für Sozialarbeitswissenschaft an der Hochschule Merseburg
*Adresse:* Eberhard-Leibnitz-Str. 2, 06217 Merseburg
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Arbeit mit Straffälligen, Reformpädagogik, Geschichte des Strafens
*Publikation:* Gefängnis und Sexualität. In: Katzer M, Voß HJ. Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Lingen 2016, S. 243–254.
*E-Mail:* jens.borchert@hs-merseburg.de

Prof. Dr. phil. Martin Dinges
*Ausgeübte Tätigkeit:* Stellv. Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart und apl. Professor für Neuere Geschichte an der Universität Mannheim; Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Männergesundheit
*Adresse:* Institut für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung, Straussweg 17, D-70184 Stuttgart
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Gesundheitsgeschichte der Neuzeit, Geschlechtergeschichte
*Publikation:* Gender-Specific Life Expectancy in Europe 1850–2010 (hrsg. mit A. Weigl). Stuttgart 2016 (www.steiner-verlag.de/titel/60779.html).
Geschlechterspezifische Gesundheitsgeschichte: Warum nicht einmal Männer…? Medizinhistorisches Journal 2015, 50(1–2) (Gastherausgeber) (http://elibrary.steiner-verlag.de/ejournals/medizinhistorisches-journal/medhist-50-2015-1-2.html).
*E-Mail:* martin.dinges@igm-bosch.de

Prof. Dr. phil. habil. Nicola Döring
*Ausgeübte Tätigkeit:* Professorin für Medienpsychologie und Medienkonzeption der TU Ilmenau
*Adresse:* Technische Universität Ilmenau, Institut für Medien und Kommunikationswissenschaft, Ehrenbergstraße 29, D-98693 Ilmenau
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Psychologische und soziale Aspekte der Online- und Mobilkommunikation, Sexual- und Genderforschung, Forschungsmethoden und Evaluation
*Publikation:* Medien und Sexualität. In: Gross F von, Meister D & Sander U (Hrsg.). Medienpädagogik – ein Überblick. Weinheim: Beltz Juventa 2015, S. 323–364.
*E-Mail:* nicola.doering@tu-ilmenau.de

Anja Drews, Dipl.-Päd.
*Ausgeübte Tätigkeit:* Autorin und Expertin für Sexualfragen, Dipl.-Päd mit Schwerpunkt Sexualwissenschaften, freiberuflich in Hamburg
*Adresse:* www.anjadrews.de
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Erwachsenenbildung im Bereich Sexualität, Sexualität im Alter, Sexualberatung, Sexualität im Wandel der Gesellschaft
*Publikation:* Lust im Alter – ein weites Feld für die Erotikbranche. In: Sexuologie – Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft, 22(1–2).
Sexuelle Biografien älterer Frauen als Grundlage für die Sexualgeragogik. Grin Verlag 2017.
*E-Mail:* mail@anjadrews.de

Cand. PhD Talke Flörcken, M. A. (Kulturwissenschaften)
*Ausgeübte Tätigkeit:* Promovendin zum Thema Forschung zu Asexualität, betreut von Professorin Dr. Kerstin Palm (Professur Gender & Science an der Humboldt Universität zu Berlin)
*Adresse der Erstbetreuung der Promotion:* Professorin Dr. Kerstin Palm, Professur Gender & Science, Humboldt-Universität zu Berlin, Unter den Linden 6, 10099 Berlin
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Geschlechterforschung, Queer Studies, Sexualforschung
*Publikation:* »Auf der Suche nach ›Asexualität‹ – mögliche Diskriminierungen durch Asexualitätsforschung und neue Wege der Erforschung«, Forschungsbericht der Hochschule Merseburg 2016.
*E-Mail:* talke.floercken@gmx.de

Dr. med. Annette Güldenring
*Ausgeübte Tätigkeit:* Oberärztin im Westküstenklinikum Heide, Leitung der Transgenderambulanz
*Adresse*: Westküstenkliniken Heide/Brunsbüttel, Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik, Esmarchstraße 50, 25746 Heide
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Transgendergesundheitsversorgung
*Publikation:* A critical view of transgender health care in Germany: Psychopathologizing gender identity – Symptom of ›disordered‹ psychiatric/psychological diagnostics? International Review of Psychiatry, 2015, 27(5);427–434.
*E-Mail:* agueldenring@wkk-hei.de

Farid Hashemi
*Ausgeübte Tätigkeit:* Studium der Persischen Kalligrafie in Kabul und St. Petersburg sowie Studium zum Hilfsingenieur (1991–1995); in Deutschland wurden die internationalen Bildungs- und Studienabschlüsse nicht anerkannt: Vorkurs am Hannover-Kolleg (2011), allgemeine Hochschulreife in Deutschland (2014), Beginn des Fachinformatik-Studiums (2015)
*Adresse:* Hochschule Hannover, Expo Plaza 4, 30539 Hannover
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Men´s Health
*Publikation:* Sexualisierte Gewalt, Traumatisierung und Flucht. In: Sexuologie – Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft, 2016, 23(1/2) (gem. mit Torsten Linke und Heinz-Jürgen Voß).
*E-Mail:* hashemifarid11@googlemail.com

Dr. med. Michael Hettich
*Ausgeübte Tätigkeit:* Leitender Arzt der Psychosomatik am Klinikum Wahrendorff und selbstständige Tätigkeit in einer Gutachten- und Beratungspraxis in Hannover; Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Männergesundheit
*Adresse:* Klinikum Wahrendorff, Rudolf-Wahrendorff-Str. 11, 31319 Sehnde
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Gründer und Leiter einer Tagesklinik für Männerdepressionen, Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie
*E-Mail:* dr.hettich@wahrendorff.de

Michaela Katzer, Fachärztin für Urologie
*Ausgeübte Tätigkeit:* Mitarbeiterin im Projekt »Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung« an der Hochschule Merseburg
*Adresse:* Hochschule Merseburg, Eberhard-Leibnitz-Str. 2, 06217 Merseburg
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Transsexualismus, Intersexualität, Sexualität und Behinderung sowie Vermittlung medizinischer Sachverhalte an Patienten und Laienpublikum
*Publikation:* Katzer M &Voß HJ (Hrsg.). Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Gießen: Psychosozial-Verlag 2016.
*E-Mail:* michaela-katzer@hs-merseburg.de

Torsten Kettritz, Dipl.-Päd.
*Ausgeübte Tätigkeit:* Mitarbeiter Mobiles Beratungs- und Informationszentrum Sexualisierte Gewalt Gernrode/Dessau, Honorardozent (Sexualisierte Gewalt, Sexualpädagogik, Traumapädagogik), Vorstandsvorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft KJSGV 2012-2017
*Adresse:* 06844 Dessau-Roßlau, Johannisstr. 18
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Sexuelle Gewalt an und von Jungen
*Publikation:* Grenzverletzende Kinder und Jugendliche – verletzte Menschen mit verletzten Grenzen?! Traumapädagogische Arbeit mit sexuell übergriffigen Kindern und Jugendlichen. In: Mosser P & Lenz HJ (Hrsg.). Sexualisierte Gewalt gegen Jungen: Prävention und Intervention. Ein Handbuch für die Praxis. Springer VS 2013.
*E-Mail:* torsten-kettritz@t-online.de

Prof. Dr. med. Theodor Klotz, MPH
*Ausgeübte Tätigkeit:* Chefarzt der Klinik für Urologie, Andrologie und Kinderurologie am Klinikum Weiden der Kliniken Nordoberpfalz AG, Wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit Berlin
*Adresse:* Klinikum Weiden, Klinik für Urologie, Andrologie und Kinderurologie, Söllnerstraße 16, D-92637 Weiden
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Prävention, Männergesundheit, Uroonkologie, Andrologie
*Publikation:* siehe www.researchgate.net
*E-Mail:* theodor.klotz@kliniken-nordoberpfalz.ag

Bernard Könnecke, Dipl.-Pol.
*Ausgeübte Tätigkeit:* Geschäftsführer und wiss. Mitarbeiter bei Dissens – Institut für Bildung und Forschung e. V., Berlin
*Adresse*: Dissens – Institut für Bildung und Forschung e. V., Berlin, Allee der Kosmonauten 67, 12681 Berlin

*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Geschlechterreflektierte Pädagogik und Jungen_arbeit, Sexualisierte Gewalt gegen männliche Kinder und Jugendliche, politische Jugend- und Erwachsenenbildung
*Publikation:* Könnecke B, Laumann V & Hechler A. Methode: Praxissituationen entgeschlechtlichen. In: Hechler A, Stuve O (Hrsg.). Geschlechterreflektierte Pädagogik gegen Rechts. Opladen/Berlin/Toronto 2015, S. 73–78.
*E-Mail:* bernard.koennecke@dissens.de

Prof. Dr. med. Tillmann H. C. Krüger
*Ausgeübte Tätigkeit:* Geschäftsführender Oberarzt, Bereichsleiter Gerontopsychiatrie und Tageskliniken, stellvertretender Leiter des Arbeitsbereiches Klinische Psychologie und Sexualmedizin
*Adresse:* Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Seelische Gesundheit, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Neuroendokrine und neuronale Mechanismen in der Sexualität, Trauma und Gewalt
*Publikation:* Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, Beier KM, Schiffer B and Kruger THC. The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. Front. Hum. Neurosci. 2015, 9:344. doi: 10.3389/fnhum.2015.00344
*E-Mail:* krueger.tillmann@mh-hannover.de

Prof. Dr. Phil C. Langer
*Ausgeübte Tätigkeit:* Professor für psychoanalytische Sozialpsychologie und Sozialpsychiatrie, International Psychoanalytic University Berlin
*Adresse:* IPU Berlin, Stromstr. 3b, 10555 Berlin
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Qualitative Forschungsmethoden, HIV/AIDS-Prävention und -Umgang, Bundeswehr und Militär, Nationalsozialismus und Holocaust, Gewalterfahrungen im Krieg, Intersektionale Analysen
*Publikation:* »… after all I've got the soul of a young girl« – A Psychosocial Perspective on the Impact of Heteronormative Images of Masculinity on Sexual Risk Behavior of Gay Men. Masculinity and Social Change 2014, 3(4).
*E-Mail:* phil.langer@ipu-berlin.de

Torsten Linke, Dipl.-Sozialarbeiter und Sexualwissenschaftler, M. A.
*Ausgeübte Tätigkeit:* wissenschaftlicher Mitarbeiter an der HS Merseburg im Forschungsprojekt »Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung« im Rahmen der BMBF-Förderlinie »Sexualisierte Gewalt in pädagogischen Einrichtungen«, laufendes kooperatives Promotionsvorhaben zu »Sexueller Bildung in der Kinder- und Jugendhilfe« an der Universität Kassel und der HS Merseburg
*Adresse:* Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur, HS Merseburg
Eberhard-Leibnitz-Straße 2, 06217 Merseburg
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Soziale Arbeit, Kinder- und Jugendhilfe, Sexualwissenschaft, Sexuelle Bildung und Sozialisation, Schutz vor sexueller Traumatisierung
*Publikation:* Linke, Hashemi, Voß (2016): »Sexualisierte Gewalt, Traumatisierung und Flucht«. www.heinzjuergenvoss.de/Linke_Hashemi_Voss_Sexualisierte_Gewalt_Flucht.pdf.
*E-Mail:* torsten.linke@hs-merseburg.de

cand. PhD Kirstin Linnemann, M. A. (Angewandte Sexualwissenschaft)
*Ausgeübte Tätigkeit:* Promovendin an der Universität Kassel, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften (Professorin Dr. Elisabeth Tuider)
*Adresse:* Nora-Platiel-Str. 1, 34127 Kassel
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Sexualwissenschaft, BDSM
*E-Mail:* kirstin.linnemann@hotmail.com

Priv.-Doz. Dr. med. Michael J. Mathers
*Ausgeübte Tätigkeit:* Urologe der PandaMED Remscheid, Kooperationspraxis der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Helios Klinikum Wuppertal, Universität Witten/Herdecke
*Adresse:* PandaMED Remscheid, Dünkelo-Klinik, Alleestraße 105–107, D-42853 Remscheid
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Onkologie und Andrologie, männliche Sexualstörungen
*E-Mail*: irtima@t-online.de

Stud.-med. Carl-Philipp Meyer
*Ausgeübte Tätigkeit:* Student an der Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin
*Adresse:* Hohenfuhrstraße 4, D-42477 Radevormwald
*E-Mail:* philipp.meyer@uni-wh.de

Gunter Neubauer, Dipl.-Päd.
*Ausgeübte Tätigkeit:* Geschäftsführender Gesellschafter im SOWIT Tübingen
*Adresse:* SOWIT – Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen, Ringstraße 7, D-72070 Tübingen
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Männergesundheit, Jungengesundheit und -sexualität, genderbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, Geschlechterpädagogik im institutionellen Kontext
*Publikation:* Jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. In: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.): Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart 2015, S. 137–177 (zusammen mit Reinhard Winter).
*E-Mai:* gunter.neubauer@sowit.de

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Jorge Ponseti
*Ausgeübte Tätigkeit:* Wissenschaftlicher Mitarbeiter und psychologischer Psychotherapeut
*Adresse:* Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 28, D-24105 Kiel
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* klinisch: Sexualtherapie bei Paraphilien, sexuellen Funktionsstörungen, Transsexualismus; wissenschaftlich: neurobiologische und psychologische Sexualforschung
*Publikation:* Ponseti J, Granert O, Van Eimeren T, Jansen O, Wolff S, Beier K, Deuschl G, Huchzermeier C, Stirn A, Bosinski H, Roman Siebner H. Assessing paedophilia based on the haemodynamic brain response to face images. World J Biol Psychiatry 2016, 17, 39–46.
*E-Mail:* jorge.ponseti@uksh.de

Dr. Thomas Viola Rieske
*Ausgeübte Tätigkeit:* Diplom-Psychologe, Dissens e. V.

*Adresse:* Dissens – Institut für Bildung und Forschung e. V., Allee der Kosmonauten 67, 12681 Berlin
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Geschlechterreflektierte Pädagogik mit männlichen Kindern und Jugendlichen, Pädagogische und psychologische Ansätze in der Prävention und Reaktion auf körperliche, psychische und/oder sexualisierte Gewalt, Antidiskriminierungspädagogik und -politik mit Schwerpunkt auf Sexualität und Geschlecht
*Publikation:* Rieske TV. Pädagogische Handlungsmuster in der Jungenarbeit. Eine Untersuchung zur Praxis von Jungenarbeit in kurzzeitpädagogischen Settings. Opladen: Budrich UniPress; 2015.
*E-Mail:* thomas.viola.rieske@dissens.de

Cand. PhD Arn Thoben Sauer, M. A.
*Ausgeübte Tätigkeit:* Promovend am Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien der Humboldt-Universität zu Berlin
*Adresse:* Humboldt Universität zu Berlin, Unter den Linden 6, 10099 Berlin
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Gender, Diversity, Antidiskriminierung, Gender Mainstreaming, Diversity Management, internationale Instrumente der gleichstellungsorientierten (Politik-)Folgenabschätzung (Gender-based Analysis und Gender Impact Assessment)
*Publikation:* Franzen J & Sauer A. Benachteiligung von Trans*Personen insbesondere im Arbeitsleben. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Online Publikation 2010.
*E-Mail:* arn.sauer@gmx.net

Jun.-Prof. Dr. Boris Schiffer
*Ausgeübte Tätigkeit:* Juniorprofessor für Forensische Psychiatrie und Direktor der Maßregelvollzugsklinik Herne
*Adresse:* LWL-Universitätsklinikum Bochum c/o LWL-Maßregelvollzugsklinik Herne, Wilhelmstr. 120; 44649 Herne
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Neurobiologie forensisch relevanter psychischer Störungen
*Publikation:* Kaergel C, Massau C, Weiß S, Walter M, Krueger THC & Schiffer B. Diminished functional connectivity on the road to child sexual abuse in pedophilia. J Sex Med, 2015, 12(3):783–795.
*E-Mail:* boris.schiffer@rub.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Katinka Schweizer, MSc
*Ausgeübte Tätigkeit:* Psychologische Psychotherapeutin mit tiefenpsychologischer Fachkunde in eigener Praxis und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Dozentin in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung
*Adresse:* Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Intergeschlechtlichkeit, Psychosexuelle Entwicklung, Identitäten, Geschlecht und Sexualität
*Publikation:* Schweizer K, Brunner F, Gedrose B, Handford C, Richter-Appelt H (Hg.). Coping With Diverse Sex Development: Treatment Experiences and Psychosocial Support During Childhood and Adolescence and Adult Well-Being. J Pediatr Psychol. 2016 Jul 24. Pii: jsw058.

Schweizer K & Richter-Appelt H (Hrsg.). Intersexualität kontrovers: Grundlagen, Erfahrungen, Positionen (Beiträge zur Sexualforschung). Gießen: Psychosozial-Verlag 2013.
*E-Mail:* k.schweizer@uke.de

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. habil. Kurt Seikowski
*Ausgeübte Tätigkeit:* Leiter der Abteilung für Psychosomatische Dermatologie und Urologie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Leipzig
*Adresse:* Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Abteilung Psychosomatische Dermatologie und Urologie, Semmelweisstraße 10, D-04103 Leipzig
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Sexuelle und Partnerschaftsprobleme bei urologischen und Hautpatienten, der alternde Mann
*Publikation:* Seikowski K & Taube KM. Einführung Psychodermatologie. München: UTB Ernst-Reinhardt-Verlag 2015
*E-Mail:* kurt.seikowski@medizin.uni-leipzig.de

Dipl.-Bibliothekar Udo Sierck
*Ausgeübte Tätigkeit:* Buchautor, Publizist, Lehrbeauftragter
*Adresse:* Dorfstr. 51, 24622 Gnutz
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Behinderung (Disability) und Identität
*Publikation:* Budenzauber Inklusion, Neu-Ulm 2013.
*E-Mail:* udosierck@aol.com

Prof. Dr. habil. Kurt Starke
*Ausgeübte Tätigkeit:* Sexualwissenschaftler und Sexualforscher, selbstständig
*Adresse:* Reudnitzer Straße 6A, 04758 Zeuckritz
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* seit 1972 zahlreiche empirische Untersuchungen zum Partner- und Sexualverhalten der verschiedensten Bevölkerungsgruppen in Ost und West
*Publikation:* Das Konstrukt der Schädlichkeit von Pornografie. Kriminologisches Journal. Beiheft Sexualität und Strafe 2016, S. 76–94
*E-Mail:* kurtstarke@gmx.de

Bettina Staudenmeyer, Soziologin (B. A.) und Gesellschaftstheoretikerin (M. A.)
*Ausgeübte Tätigkeit:* Freiberufliche Sozialwissenschaftlerin in Jena, unter anderem tätig für die Hochschule Merseburg und das Gender-Forschungsinstitut tifs Tübingen, Editorin des Männergesundheitsberichts »Sexualität von Männern«
*Adresse:* c/o Forschungsinstitut tifs, Rümelinstraße 2, 72072 Tübingen
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Geschlechterverhältnis, Vielfalt von Geschlecht und sexueller Orientierung, Intersektionalität, Körper und Sexualität, Praxisforschung und Vermittlung
*Publikation:* Staudenmeyer B, Kaschuba G, Barz M & Bitzan M. »Ein Glücksgefühl, so angesprochen zu werden, wie ich bin«. Vielfalt von Geschlecht und sexueller Orientierung in der Jugendarbeit in Baden-Württemberg. Landesweite Studie zu den Angeboten für lesbische, schwule, bisexuelle, transgender, transsexuelle, intergeschlechtliche und queere Jugendliche und Empfehlungen für die LSBTTIQ-Jugendarbeit. Herausgegeben vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg; 2016.
*E-Mail:* staudenmeyer@tifs.de

Dr. phil. Matthias Stiehler
*Ausgeübte Tätigkeit:* Leiter der Beratungsstelle AIDS und sexuell übertragbare Infektionen im Gesundheitsamt Dresden, Vorsitzender des Dresdner Institutes für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e. V., Mitglied des Wissenschaftlichen Vorstandes der Stiftung Männergesundheit Berlin
*Adresse:* Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e. V., Semperstraße 3b, D-01069 Dresden
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* HIV/ AIDS, Sexuell übertragbare Infektionen, Männergesundheit, Männerpolitik, Partnerschaftsprobleme
*Publikation:* Gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit. In: Hornberg C, Pauli A & Wrede B (Hrsg.): Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Springer VS Wiesbaden 2016, 51–70.
*E-Mail:* matthias.stiehler@dieg.org

Prof. Dr. rer. pol. Heino Stöver, Dipl.-Sozialwissenschaftler
*Ausgeübte Tätigkeit:* Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung, Fachhochschule Frankfurt a. M., Fachbereich IV: Soziale Arbeit und Gesundheit
*Adresse:* Frankfurt University of Applied Sciences, Nibelungenplatz 1, D-60318 Frankfurt am Main
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Suchtforschung, Drogenpolitik, Genderspezifik in der Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung im Justizvollzug
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Suchtforschung, Drogenpolitik, Genderspezifik in der Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung im Justizvollzug
*Publikation:* Stöver H, Altice FL et al. The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. In: The Lancet, published online July 14, 2016. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30856-X.
Stöver H mit Bögemann H & Keppler K (Hrsg.). Gesundheit im Gefängnis. Ansätze und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen. Weinheim: Juventa Verlag 2010.
*E-Mail:* hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Prof. Dr. Harald Stumpe
*Ausgeübte Tätigkeit:* Professor für Sozialmedizin/Sexualwissenschaft Hochschule Merseburg, Institut für Angewandte Sexualforschung (im Ruhestand)
*Adresse:* Hochschule Merseburg, Eberhard-Leibnitz-Str. 2, 06217 Merseburg
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Angewandte Sexualwissenschaft, Selbstbestimmte Sexualität im höheren Lebensalter, HIV/AIDS und andere STI, Sexualpädagogik im Grundschulalter
*Publikation:* Zwischen Risikoprävention und sexueller Gesundheitsförderung -Salutogenese im Kontext der Sexualaufklärung in Europa, In: Sexuologie, Heft 3–4, Jahrgang: 2012, S. 122–127.
*E-Mail:* harald.stumpe@hs-merseburg.de

Prof. Dr. paed. Stefan Timmermanns
*Ausgeübte Tätigkeit:* Professur für Sexualpädagogik und Diversität in der Sozialen Arbeit an der University of Applied Sciences Frankfurt
*Adresse:* Frankfurt University of Applied Sciences, FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/Main
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Sexualpädagogik, Jungenarbeit, sexuelle Vielfalt und Diversität in der sozialen Arbeit
*Publikation:* Timmermanns Stefan (2017): Weniger Drama bitte! Überlegungen zum Thema *gender* und Sexualpädagogik. In: Glockentöger Ilke (Hg).): Alles Gender oder was?! Gendersensible Bildung in der Schule. Münster: Waxmann i. E.
*E-Mail:* timmermanns.stefan@fb4.fra-uas.de

Prof. Dr. soz. Elisabeth Tuider
*Ausgeübte Tätigkeit:* Leitung des Fachgebiets Soziologie der Diversität im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Universität Kassel
*Adresse:* Universität Kassel, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, Nora-Platiel-Str. 5, 34127 Kassel
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Geschlechterforschung, queer-studies, Migrationsforschung, Sexualisierte Gewalt unter Jugendlichen, Biografieforschung
*Publikation:* Rekowski A, Tuider E & Treibel A (Hrsg.). Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte. Theorie, Forschung, Praxis, Beltz Juventa Verlag 2017.
*E-Mail:* tuider@uni-kassel.de

Prof. Dr. phil. Heinz-Jürgen Voß
*Ausgeübte Tätigkeit:* Stiftungsprofessor am Institut für Angewandte Sexualwissenschaft, an der Hochschule Merseburg, Editor des Männergesundheitsberichtes »Sexualität von Männern«
*Adresse:* Hochschule Merseburg, Eberhard-Leibnitz-Str. 2, 06217 Merseburg
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Sexualwissenschaften, sexuelle Bildung, sexualisierte Gewalt in pädagogischen Einrichtungen, (biologische) Geschlechtertheorien, Intersektionalität
*Publikation:* »Schwule Sichtbarkeit – schwule Identität« (gem. mit Zülfukar Çetin). Gießen: Psychosozial-Verlag 2016.
*E-Mail:* heinz-juergen.voss@hs-merseburg.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Henrik Walter
*Ausgeübte Tätigkeit:* Universitäts-Professor für Psychiatrie mit Schwerpunkt psychiatrische Neurowissenschaft und Neurophilosophie
*Adresse:* Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Charitéplatz 1, D-10117 Berlin
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Systemtische und translationale Neurowissenschaft in der Psychiatrie, Neuroimaging, Philosophie des Geistes, Neuroethik
*Publikation:* Mohnke S, Müller S, Amelung T, Krüger THC, Ponseti J, Schiffer B, Walter M, Beier KM, Walter H. Brain alterations in pedophilia: a critical review. Prog Neurobiol 2014, 122:1–23.
*E-Mail:* henrik.walter@charite.de

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Walter
*Ausgeübte Tätigkeit:* Leitender Oberarzt der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen, Leiter des Forschungsbereiches Translationale Psychiatrie, Universität Tübingen
*Adresse:* Calwerstrasse 24, 72072 Tübingen
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Neurobiologie von affektiven Erkrankungen und sexuellen Funktionsstörungen, Hirnfunktionsdiagnostik anhand non invasiver Bildgebung
*Publikation:* Abler B, Grön G, Hartmann A, Metzger C, Walter M. Modulation of frontostriatal interaction aligns with reduced primary reward processing under serotonergic drugs. Journal of Neuroscience. 2012 Jan 25;32(4):1329–35
*E-Mail:* martin.walter@uni-tuebingen.de

Dr. rer. soc. Reinhard Winter
*Ausgeübte Tätigkeit:* Geschäftsführender Gesellschafter im SOWIT in Tübingen
*Adresse:* SOWIT, Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen, Lorettoplatz 6, D-72072 Tübingen
*Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:* Männer- und Jungenthemen, Geschlechterforschung, Jungenpädagogik, Jungen- und Männergesundheit, pädagogische Autorität
*Publikation:* Jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. In: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.): Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart 2015, S. 137–177 (zusammen mit Gunter Neubauer)
*E-Mail:* reinhard.winter@sowit.de

# Index

# Bisher publizierte Männergesundheitsberichte und die Wissensreihe Männergesundheit

1. Stiftung Männergesundheitsbericht Berlin und Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e. V. (2010): Doris Bardehle, Matthias Stiehler (Hrsg.) Erster Deutscher Männergesundheitsbericht: Ein Pilotbericht. W. Zuckschwerdt Verlag GmbH München
2. Stiftung Männergesundheit Berlin (2013): Lothar Weißbach, Matthias Stiehler (Hrsg.) Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Verlag Hans Huber Bern

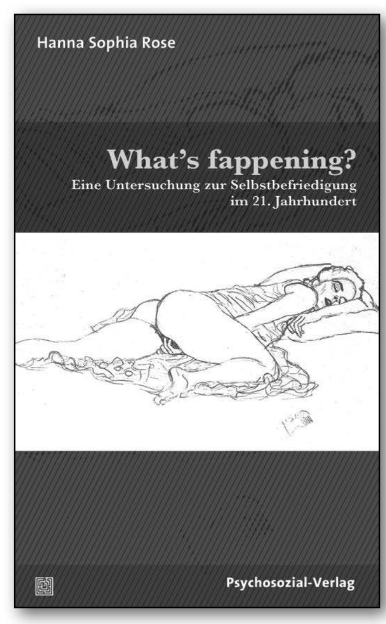
### Wissensreihe Männergesundheit

01. Focus: Männergesundheit 01: Depression
02. Focus: Männergesundheit 02: Prostatakrebs
03. Focus: Männergesundheit 03: Erektile Dysfunktion
04. Focus: Männergesundheit 04: Ernährung
05. Focus: Männergesundheit 05: Bluthochdruck
06. Focus: Männergesundheit 06: Übergewicht
07. Focus: Männergesundheit 07: Herzinfarkt
08. Focus: Männergesundheit 08: Burnout
09. Focus: Männergesundheit 09: Diabetes mellitus
10. Focus: Männergesundheit 10: Osteoporose
11. Focus: Männergesundheit 11: Störender Harndrang
12. Focus: Männergesundheit 12: Krebsfrüherkennung
13. Focus: Männergesundheit 13: Bewegung
14. Focus: Männergesundheit 14: Schlafstörungen
15. Focus: Männergesundheit 15: Smartphone im Kinderalltag
16. Focus: Männergesundheit 16: Sexualität
17. Focus: Männergesundheit 17: Gutartige Prostatavergrößerung – BPS
18. Focus: Männergesundheit 18: Blasenkrebs
19. Focus: Männergesundheit 19: Testosteronmangel
20. Focus: Männergesundheit 20: Selbstbestimmung am Lebensende
21. Focus: Männergesundheit 21: Wenn Heilung nicht mehr möglich ist
22. Focus: Männergesundheit 22: Lungenkrebs

Hanna Sophia Rose

# What's fappening?

## Eine Untersuchung zur Selbstbefriedigung im 21. Jahrhundert




*2017 · 115 Seiten · Broschur*
*ISBN 978-3-8379-2640-8*

**Selbstbefriedigung als Teil des gesunden Sexuallebens: Die sexuelle Praktik hat innerhalb der letzten Jahrzehnte einen enormen Bedeutungswandel erlebt.**

»What's fappening?«, fragt Hanna Rose – eine Anspielung auf den Neologismus fap, der auf zumeist humoristischen Internet-Plattformen als lautmalerischer Ausdruck für Selbstbefriedigung verbreitet wird. Der Begriff steht hier sinnbildlich für die Entpathologisierung der Selbstbefriedigung in der Spätmoderne: Einstmals verpönt und als krankhaft angesehen, gilt sie nun als wichtiger Bestandteil sexueller Gesundheit.

Ausgehend von historischen Diskursen, modernen Entwicklungen und Forschungsergebnissen widmet sich die Autorin der Untersuchung qualitativer Interviews mit Männern und Frauen über ihre Masturbationsbiografie. Im Fokus steht damit die Frage nach der konkreten Einbettung in das (Sexual-)Leben und dem subjektiven Erleben von Selbstbefriedigung, die aus soziologischer und sexualwissenschaftlicher Perspektive bisher nur selten als eigenständiger Forschungsgegenstand behandelt wurde.

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

Alexander Naß, Silvia Rentzsch, Johanna Rödenbeck, Monika Deinbeck (Hg.)

**Geschlechtliche Vielfalt (er)leben**

**Trans*- und Intergeschlechtlichkeit in Kindheit, Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter**




*2016 · 149 Seiten · Broschur*
*ISBN 978-3-8379-2597-5*

Mit der Thematik Trans*- und Intergeschlechtlichkeit im Kindes- und jungen Erwachsenenalter beschäftigen sich die Autor*innen des vorliegenden Buches aus interdisziplinärer und multidimensionaler Perspektive. Die Beiträge sollen insbesondere pädagogischem und psychologischem Fachpersonal eine Handreichung beim Umgang mit inter- und trans*geschlechtlichen Kindern und Jugendlichen sein und unter anderem dabei helfen, deren spezifische Bedürfnisse, Interessen und Gefühlslagen besser zu verstehen.

Über aktuelle Wandlungsprozesse und Forschungsergebnisse aus diesem Bereich informieren Vertreter*innen aus Psychologie, Soziologie, Biologie und Rechtswissenschaft. Sie alle streben eine differenzierte Informiertheit der Leser*innen an, um den wertschätzenden Umgang mit inter- und trans*geschlechtlichen Personen weiter zu fördern.

Mit Beiträgen von Ulrich Klocke, Emily Laing, Alexander Naß, Eike Richter, Kurt Seikowski, Heinz-Jürgen Voß und Simon Zobel

Das Thema Sexualität begegnet uns überall: in Filmen und Büchern, in der Werbung, in der Presse und im Internet. Doch wie sieht es mit der sexuellen Gesundheit in Deutschland wirklich aus? Obwohl das wissenschaftliche Interesse an männlicher Sexualität in den letzten Dekaden gewachsen ist, fehlen uns zu vielen Aspekten belastbare Daten.

Der vorliegende *Dritte Deutsche Männergesundheitsbericht*, der in Zusammenarbeit der Stiftung Männergesundheit mit dem Institut für Angewandte Sexualwissenschaft der Hochschule Merseburg entstand, wirft einen aktuellen Blick auf die vielseitigen Facetten der Sexualität von Männern sowohl aus sozialwissenschaftlichen als auch aus medizinischen Perspektiven. 40 Expertinnen und Experten analysieren in 31 Beiträgen den erreichten Stand, zeigen Defizite auf und geben umfangreiche Handlungsempfehlungen.

Auch in Bezug auf Fragen der gesellschaftlichen Entwicklung von Sexualität gibt der *Männergesundheitsbericht* wertvolle Aufschlüsse: Wie entwickelt sich Sexualität im 21. Jahrhundert? Wie vermeiden wir auf sexuelle Orientierungen bezogene Diskriminierungen? Wie können sexuelle Straftaten weiter reduziert werden?

**Doris Bardehle**, OMR Prof. Dr. med., ist Fachärztin für Sozialhygiene/Sozialmedizin sowie Koordinatorin des Wissenschaftlichen Beirates der Stiftung Männergesundheit Berlin.

**Heinz-Jürgen Voß**, Prof. Dr. phil., Dipl.-Biol., ist Professor für Sexualwissenschaft und sexuelle Bildung an der Hochschule Merseburg und leitet das Forschungsprojekt »Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung« sowie das EU-Projekt »Training in Sexual Education for People with Disabilities«.

**Theodor Klotz**, Prof. Dr., ist Chefarzt für Urologie, Andrologie und Kinderurologie am Klinikum Weiden (Nordoberpfalz) sowie Wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit.

**Bettina Staudenmeyer** ist Soziologin und Gesellschaftstheoretikerin. Sie ist als freiberufliche Sozialwissenschaftlerin in Jena für die Hochschule Merseburg und das Forschungsinstitut tifs in Tübingen tätig.

**www.psychosozial-verlag.de**

